

**Der Stellenwert von P4P als Anreiz- und Vergütungsmodell
für die Umsetzung und Steuerung von IV-Verträgen
für chronisch kranke Patienten,
am Beispiel des IV-Vertrags Schlaganfall einer Klinik der
Maximalversorgung**

DISSERTATION

**zur Erlangung des Grades eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften
der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bayreuth**

**vorgelegt
von
Gabriele Pfeifer
aus
Berlin**

Dekan: Prof. Dr. Knut Werner Lange

Erstberichterstatter: Prof. Dr. Volker Ulrich

Zweitberichterstatter: Prof. Dr. Jürgen Zerth

Tag der mündlichen Prüfung: 17.05.2016

Sperrvermerk

Die vorliegende Promotion mit dem Titel „Der Stellenwert von P4P als Anreiz- und Vergütungsmodell für die Umsetzung und Steuerung von IV-Verträgen für chronisch kranke Patienten, am Beispiel des IV-Vertrags Schlaganfall einer Klinik der Maximalversorgung“ enthält unternehmensinterne Daten dieser Klinik. Um eine Reidentifizierbarkeit zu verhindern, mussten für die Veröffentlichung kurze Passagen geändert oder gestrichen und dem entsprechende Quellen aus dem Literaturverzeichnis herausgenommen werden. Die Originalfassung ist nur den Begutachtern der Arbeit zugänglich.

Berlin, den 17.05.2016

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	S.	VII
Tabellenverzeichnis.....	S.	XII
Abbildungsverzeichnis.....	S.	XV
1. Einführung	S.	1
1.1 Problemstellung	S.	1
1.2 Vorgehensweise und Zielsetzung	S.	3
2. Voraussetzungen für die Weiterentwicklung, Umsetzung und Evaluierung der Auswirkungen von P4P-Modellen	S.	6
2.1 Die Finanzierung der Gesundheitssysteme, Steuerungsansätze und Erfahrungen mit P4P im Ausland.....	S.	6
2.2 Nachweisbarkeit der Wirksamkeit von P4P-Modellen.....	S.	15
2.3 Anreizbildung und Motivation.....	S.	21
2.4 Zeitdimension der Ergebnisse.....	S.	25
2.5 Probleme/Risikofaktoren für P4P-Modelle.....	S.	29
2.6 P4P als Weg zur Behebung medizinischer Dienstleistungsprobleme bei den chronischen Erkrankungen.....	S.	31
2.7 Rechtliche Voraussetzungen für die Umsetzung von P4P.....	S.	36
2.8 Politischer Hintergrund und Akzeptanz	S.	39
3. Umsetzung eines P4P-Projekts für den IV-Vertrag Schlaganfall	S.	43
3.1 Fragestellung und methodische Vorgehensweise zur Entwicklung eines P4P-Modelles für chronische Erkrankungen.....	S.	43
3.2 Das Krankheitsbild des Schlaganfalls.....	S.	44
3.3 Der IV-Vertrag Schlaganfall.....	S.	53
3.4 Auswirkung der DRGs auf die Erlöse für Schlaganfallpatienten.....	S.	55
3.5 Qualitätsmanagement für Schlaganfallpatienten.....	S.	61
3.6 Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM).....	S.	68
3.7 Die Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR).....	S.	76
3.8 Der DMAIC-Zyklus.....	S.	83
3.9 Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Einführung und Umsetzung von IQM-Projekten.....	S.	88

4.	Umsetzung eines P4P-Modells für Schlaganfall-Patienten	S.	93
4.1	Die Accountable Care Organizations.....	S.	93
4.2	Das AmbulanzPartner-Modell der Charité.....	S.	98
4.3	Beschreibung des P4P-Forschungsprojekts und Festlegung der Projektziele.....	S.	109
4.4	Einstufung des Steuerungsziels und Prüfung der Machbarkeit.....	S.	112
4.5	Festlegung der Qualitätsindikatoren unter Prüfung der Eignung und Machbarkeit.....	S.	113
4.6	Kalkulation für die ambulante Behandlung zur Sekundärprävention für Schlaganfallpatienten im Jahresverlauf.....	S.	117
4.6.1	Kalkulation der zugrundeliegenden stationären Erstbehandlung.....	S.	117
4.6.2	Kalkulation der Kosten und Erlöse für die ambulante Behandlung.....	S.	122
4.6.3	Berechnung der zugrundeliegenden Kosten zur Durchführung der ambulanten Leistungen zur Prävention.....	S.	129
4.6.4	Weiterführende Kostenanalyse im Jahresverlauf.....	S.	137
4.7	Prädiktoren für eine spätere Pflegebedürftigkeit nach einem Schlaganfall.....	S.	138
5.	Faktoren zur Weiterentwicklung und Implementierung von Selektivverträgen und P4P-Modellen	S.	146
5.1	Die Umsetzung einer Krankenhausreform.....	S.	146
5.2	Stellungnahmen der betroffenen Stakeholder zum Ergebnis der Krankenhausreform.....	S.	152
5.3	Stellenwert/Abbildbarkeit von Forschung in Selektivverträgen und P4P-Modellen.....	S.	157
5.4	Wertungshintergrund, Qualitätsdimension und strategische Ziele von Selektivverträgen und P4P.....	S.	159
5.5	Die Weiterentwicklung von Selektivverträgen und P4P aus Sicht der Krankenkasse und der Leistungserbringer.....	S.	164
5.6	Anforderungen an ein qualitätsorientiertes Anreizsystem im Hinblick auf Qualitätsaspekte und Anreizsystematik.....	S.	169
5.7	Steuerungsmöglichkeiten in Selektivverträgen und P4P-Modellen unter Berücksichtigung von Zielen und Grenzen.....	S.	173
6.	Zentrenbildung und leistungsorientierte Vergütungsmodelle zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung	S.	182
6.1	Förderung und Weiterentwicklung der Zentrenbildung.....	S.	182
6.2	Die Messbarkeit von Zielen.....	S.	190

6.3	Das Modell „Gesundheitsstadt Berlin“.....	S.	194
6.4	Die Rolle des Wettbewerbs in integrierten Versorgungsstrukturen.....	S.	196
6.5	Datenschutz versus Potenziale im IT-Management.....	S.	201
6.6	P4P als Ansatz zur Garantie von Kosteneinsparungen.....	S.	202
6.7	Der Stellenwert des Teams in der integrierten Versorgung.....	S.	206
7.	Zusammenfassung und Ausblick	S.	214
7.1	Zusammenfassung.....	S.	214
7.2	Ausblick.....	S.	218
	Literaturverzeichnis.....	S.	224
	Internetquellen.....	S.	239
	Anhang.....	S.	256

Abkürzungsverzeichnis

ACO	Accountable Care Organization
ADSR	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
APG	AmbulanzPartner GmbH
APST	AmbulanzPartner Soziotechnologie GmbH
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
ASQC	American Society for Quality Control
AT	Arbeitstag
AV-Block	Atrioventrikulärer Block
AZ	Arbeitszeit
BÄK	Bundesärztekammer
BCG	Boston Consulting Group
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
BIG	Berliner Institut für Gesundheitsforschung – Berlin Institute of Health (BIH)
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BpflV	Bundespflegegesetzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung; Institut für Qualität & Patientensicherheit
BR	Baserate, effektive Bewertungsrelation
BSA	Berliner Schlaganfall-Allianz
BVA	Bundesversicherungsamt
CIRS	Critical Incidents Reporting System; Risikomanagementsystem
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
CMS	Center for Medicare & Medicaid Services

CSB	Centrum für Schlaganfallforschung Berlin
CT	Computertomographie
CW	Cost weight
DALYs	Disability-adjusted life years; disease-adjusted life years
Data-Warehouse	Zentrale Datensammlung, beinhaltet Daten aus verschiedenen Datenquellen
DB II	Deckungsbeitrag II
DGM	Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN EN ISO	Qualitätsmanagementnorm, europäische DIN-Norm, auf Grundlage einer Norm der internationalen Normungsorganisation ISO
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMAIC	Define Measure Analyze Improve Control
DMZ	Demilitarized Zone, Computernetz mit sicherheitstechnischer Zugriffsmöglichkeit (firewall)
DRGs	Diagnosis Related Groups
DSG	Deutsche Schlaganfallgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EEG	Elektroenzephalographie
EFNS	European Federation of Neurological Societies, Richtlinien
EFQM	European Foundation for Quality Management
EHR	Electronic Health Records, institutionsübergreifende Patientenakte
EMR	Erwartete Sterblichkeit
EPA	Europäisches Praxisassessment für Einzel- und Gemeinschaftspraxen
EOQC	European Organisation for Quality Control
EVA	Elektronische Versorgungsakte
FEISA	Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis Related Groups

G-I-N	Guidelines International Network
G-IQI	German Inpatient Indicators
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GLS	Grundlohnsumme, Summe der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HA	Hauptabteilung
HD	Krankenhaushauptdiagnose
HSA	Hochschulambulanz
ICD	International Classification of Diseases
ICER	Incremental cost-effectiveness ratio ¹
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
ILV	Interne Leistungsverrechnung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
IQR	Interquartilbereich
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Organization for Standardization
IV/IGV	Integrierte Versorgung
JAZ	Jahresarbeitszeitminuten
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFPV	Krankenhaus Fallpauschalenverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KKH	Kaufmännische Krankenkasse Hannover
KS	Kopfschmerz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LBFW	Landesbasisfallwert
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung

¹ Das Verhältnis der Veränderung der Kosten zu den inkrementellen Vorteilen einer therapeutischen Intervention oder Behandlung.

M&M-Konferenz	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz
MDC	Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkasse
MGV	Mittlere Grenzverweildauer
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MRT	Magnetresonanztomographie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NHS	National Health Service
NKG	Niedersächsische Krankenhausgesellschaft
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OGV	Obere Grenzverweildauer
OLAP	Online Analytical Processing, Methode der analytischen Informationssysteme
OMK	Offene Methode der Koordinierung
OMR	Beobachtete 30-Tage-Sterblichkeit
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
P4P	Pay-for-Performance
PDCA	Plan-Do-Check-Act, Qualitätsmanagement-Zyklus
PGAP	Projektgruppe AmbulanzPartner
PHQID/ HQID	Premier Hospital Quality Incentive Demonstration
PPP	Purchasing power parity, Kaufkraftparität
PSA	Post-Stroke-Aphasie
PSD	Post-Stroke-Depression
PSI	Patient safety indicators
QALYs	Quality adjusted life years
QI	Qualitätsindikatoren
QISA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QSR	Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten

RAMR	Risikoadjustierte Sterblichkeit
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
SQG	Sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen
SSL	Secure Sockets Layer/Transport Layer Security, Netzwerkprotokoll zur sicheren Übertragung von Daten
StrokeNet	Kompetenznetz für Schlaganfall
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TK	Techniker Krankenkasse
TQM	Total Quality Management
TU	Technische Universität Berlin
TV	Tarifvertrag
UGV	Untere Grenzverweildauer
UPI	Unique Patient Identifier, Elektronische Patientenakte
USP	Unique selling proposition, Alleinstellungsmerkmal
VBP	Value-Based Purchasing
VK	Vollkraft
VWD	Verweildauer
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZNS	Zentrales Nervensystem

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Zeithorizont der direkten Kosten eines Erstereignisses des ischämischen Schlaganfalls, GKV Deutschland 2004, in €	S. 49
Tab. 2	Entwicklung der direkten Kosten des ischämischen Schlaganfalls in Deutschland, Projektion der GKV im Jahre 2004 (in €)	S. 50
Tab. 3	Langzeitkosten des initialen Ischämischen Schlaganfalls in Deutschland (2004)	S. 50
Tab. 4	Verteilung der Gesamtkosten im ersten Jahr nach initialem Schlaganfall in Deutschland, Abrechnungszeitpunkt der DAK 2004/2005.....	S. 52
Tab. 5	Schlaganfallpatienten mit HD „Hirnfarkt oder Schlaganfall“, ICD I63.0-I63.9 bzw. I64.0, InEK 2008	S. 56
Tab. 6	Schlaganfallpatienten mit HD „Hirnfarkt oder Schlaganfall“, ICD I63.0-I63.9 bzw. I64.0, InEK 2014	S. 56
Tab. 7	Schlaganfallpatienten mit HD „Subarachnoidalblutung“ oder „Intrazerebrale Blutung“, ICD I60.0-I60.9 bzw. I61.0-I61.9, InEK 2008	S. 57
Tab. 8	Schlaganfallpatienten mit HD „Subarachnoidalblutung“ oder „Intrazerebrale Blutung“, ICD I60.0-I60.9 bzw. I61.0-I61.9, InEK 2014	S. 58
Tab. 9	Patienten mit HD „TIA, Zerebrale transitorische Ischämie“, ICD G45.92, ICD G45.93, InEK 2008	S. 58
Tab. 10	Patienten mit HD „TIA, Zerebrale transitorische Ischämie“, ICD G45.92, ICD G45.93, InEK 2014	S. 58
Tab. 11	Schlaganfallpatienten mit HD „Hirnfarkt“ oder „Intrazerebrale Blutung“, mit zusätzl. OP oder Intensivaufenthalt mit Beatmung, InEK 2014..	S. 60
Tab. 12	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit/ohne komplexe Diagnose; Sinusvenenthrombose, ICD G08, InEK 2014.....	S. 60
Tab. 13	Ambulante Abrechnungswege für chronische neurologische Erkrankungen	S. 60
Tab. 14	Allgemeine Indikatoren (QSR-Bericht)	S. 80
Tab. 15	Rollenstruktur innerhalb von IQM-Projekten	S. 88

Tab. 16	Umsetzung der IQM-Methodik als QM-System nach DIN EN ISO 9000:2005	S. 92
Tab. 17	Ermittlung der Erlöse für Patienten mit zerebraler transitorischer Ischämie und verwandten Syndromen (TIA), Zeitraum von 9 Monaten	S. 119
Tab. 18	Ermittlung der Erlöse für Patienten mit Subarachnoidalblutung, Zeitraum von 9 Monaten	S. 120
Tab. 19	Ermittlung der Erlöse für Patienten mit intrazerebraler und sonstiger nichttraumatischer intrakranieller Blutung, Zeitraum von 9 Monaten	S. 120
Tab. 20	Ermittlung der Erlöse für Patienten mit Hirninfarkt und Ischämischen Schlaganfall, Zeitraum von 9 Monaten	S. 120
Tab. 21	Abrechenbare ambulante Leistungen nach EBM, zur Sekundärprävention für Schlaganfallpatienten.....	S. 125
Tab. 22	Kalkulation der Erlöse für ambulante Leistungen zur Sekundärprävention nach EBM, 1.400 Patienten und 5.600 jährliche Besuche	S. 126
Tab. 23	Jahresvergütung nach EBM für Labore, bezogen auf 1.400 Patienten und 5.600 ambulante Termine (4 Quartale)	S. 128
Tab. 24	Berechnung der Jahresarbeitszeit	S. 129
Tab. 25	Leistungsbewertung Ambulanz 2014	S. 132
Tab. 26	Kostenkalkulation der ambulanten Besuche nach Vorgabe der Internen Leistungsverrechnung für ambulante Leistungen 2014.....	S. 133
Tab. 27	Jahreskosten Labore nach Vorgabe der Internen Leistungsverrechnung für ambulante Leistungen 2014.....	S. 134
Tab. 28	Vergleich der Kosten nach Vorgabe ILV 2014, mit Vergütung nach EBM 04/2014, Thrombophilieleistungen	S. 135
Tab. 29	Ein- und Ausschlusskriterien der Studie zum Langzeitverlauf von Schlaganfallpatienten mit Erstereignis, Uppsala University Hospital 2003/2004	S. 140
Tab. 30	Die Kosten für alle Patienten (N = 140) bei verschiedenen Schweregraden von Pflege, Uppsala University Hospital 2003/2004	S. 141
Tab. 31	Direkte Kosten der Schlaganfallpatienten, Uppsala University Hospital 2003/2004	S. 142
Tab. 32	Auswahl von relevanten Anforderungen an P4P-Systeme	S. 160

Tab. 33	Grundlagen für die Entwicklung und Ausgestaltung von IV-Verträgen	S. 167
Tab. 34	Kriterienkatalog über die Anforderungen an ein qualitätsorientiertes Anreiz- system im Hinblick auf Qualitätsaspekte und Anreizsystematik.....	S. 172

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Rechtskonstruktionen für die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser	S. 36
Abb. 2	Schematischer Ablauf der IQM-Methodik	S. 70
Abb. 3	Die IQM-Methodik im DMAIC-Zyklus	S. 84
Abb. 4	Realisierung und Umsetzung der DIN EN ISO 9000:2005 durch die IQM-Methodik	S. 91
Abb. 5	Vernetzung von medizinischen Partnern und Versorgungspartnern – durch Dienstleistungen von Koordinatoren und Datenmanagern sowie das Internetportal AmbulanzPartner.de.....	S. 102
Abb. 6	IT-Struktur von AmbulanzPartner.de	S. 105
Abb. 7	Finanzierungsmodell nach dem „Third-Party-Payer“-Konzept.....	S. 108
Abb. 8	Veränderung der Krankenhauslandschaft von 1991 bis 2013.....	S. 156
Abb. 9	Hierarchie der Ergebnisindikatoren/-parameter.....	S. 171
Abb. 10	Realisierungspfad für P4P-Projekte.....	S. 179
Abb. 11	Entwicklung der Gewichtung der Versorgungsqualitätsdimensionen...	S. 193
Abb. 12	Die vier Phasen im Ablauf eines Teambildungsprozesses.....	S. 210

1. Einführung

1.1 Problemstellung

Die Entwicklung innovativer Konzepte im Gesundheitswesen ist mit der besonderen Herausforderung der sich häufig gegenüberstehenden wirtschaftlichen und ethischen Ziele konfrontiert. Die Verfolgung einer nachhaltigen Optimierung wird von den inhärenten Interessenskonflikten aller beteiligten Stakeholder behindert. Leistungserbringer und Kostenträger müssen mit hoch komplexen Anforderungen an die Versorgung umgehen, die sich aus zukünftigen demographischen Entwicklungen, Veränderungen des Krankheitsspektrums und technologischen Innovationen ergeben werden. Die Gesundheitspolitik ist gefordert, funktionierende Rahmenbedingungen zur Lösung dieser Zielkonflikte bereitzustellen (vgl. Amelung 2010, S. 1f.). Da insbesondere im Bereich von chronischen Erkrankungen Ergebnisse häufig erst langfristig beurteilbar sind, könnte die Betrachtung langfristiger Behandlungskonzepte zielführend werden. Neue Versorgungs- und Vergütungsformen können sich jedoch nur durchsetzen, wenn sie einen Mehrwert schaffen, der messbar und durch Indikatoren belegt werden kann.

Aufgabe der Krankenhäuser ist es, sich den gesellschaftlichen Veränderungen und dem Wandel der öffentlichen und politischen Erwartungen anzupassen. Als stabile und zukunftsweisende Trends haben sich die immer weitere Verkürzung der Verweildauer, die zunehmende Bedeutung von Marktmechanismen und Managementmethoden sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und besseren Integration mit anderen Feldern des Gesundheitswesens erwiesen. Die wichtigste Herausforderung für Krankenhäuser liegt in einer hinreichenden Flexibilität im System, um rasch und zügig auf veränderten Bedarf und neue Erwartungen reagieren zu können (vgl. Schlette, Blum, Busse (13/2009), S. 76ff.). Gefahren bestehen auch in der Zunahme multiresistenter Krankenhausinfektionen und in einer epidemischen Ausbreitung von medizinischen Fehlern. Die organisatorische Komplexität der Versorgung im Krankenhaus ist gepaart mit Fragmentierung, die durch wachsende Spezialisierung gefördert wird. Dazu kommen ein Mangel an Kommunikation, lückenhafte IT-Systeme und wechselnde professionelle Zuständigkeiten. Mehr Integration im System würde dazu beitragen, dass nur aufgenommen wird, wer vom Krankenhaus auch wirklich profitiert, und dass jeder nach der Aufnahme auch wirklich optimal versorgt

wird. Bessere Effizienz in einem Teil des komplexen Systems könnte jedoch in anderen Teilen folgenlos bleiben oder sogar gegenteilige Effekte hervorrufen.

Die sektorale Trennung des deutschen Gesundheitssystems in der Kapazitätsplanung wie in der Vergütungssystematik trägt wesentlich dazu bei, dass vorhandene Effizienzpotenziale nicht ausreichend realisiert werden können. Eine Neuordnung von Strukturen durch die Verschmelzung von Sektoren könnte die medizinisch und ökonomisch effiziente Behandlung „aus einer Hand“ ermöglichen. Durch zunehmende Ambulantisierung im Versorgungsalltag könnte das Zusammenwachsen der Sektoren prozessbedingt beschleunigt und die sektorale Trennung durch eine Harmonisierung des Vergütungssystems abgebaut werden (vgl. Beivers, Minartz 2010, S. 228ff.). Die Kooperation von niedergelassenen Ärzten und stationären Leistungserbringern ist vor dem Hintergrund des ökonomischen Drucks unverzichtbar. Der Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke unterstützt die Konzentration auf eigene Kernkompetenzen und positioniert das Krankenhaus wettbewerbsfähig im Gesundheitsmarkt (vgl. Burkhardt 2009, S. 172ff.). Um die Entwicklung von ambulanter oder tagesklinischer Behandlung verstärkt umzusetzen, muss es für Krankenhäuser attraktiv sein, Patienten ambulant zu behandeln und dadurch keine vorher bestehenden Deckungsbeiträge zu verlieren (vgl. Neubauer, Beivers 2010), S. 8f.). Neben der Vermarktung von Leistungen über Qualität und Service könnten Leistungserbringer am finanziellen Risiko beteiligt und darüber eine Zusammenführung von Leistungserbringung und Kostenverantwortung bewirkt werden. Mit dem Ziel einer Effizienzerhöhung in der Versorgung müssen Anreize für den Patienten geschaffen werden, solche Versorgungsangebote auch anzunehmen (vgl. Hirschmüller 2010, S. 79). Durch Abrechnungsgestaltung mit den Kostenträgern, insbesondere den verschiedenen Möglichkeiten der selektiven Vertragsgestaltung, können Erlöse generiert und durch das Anbieten neuer Versorgungsformen und -angebote neue Marktsegmente erschlossen werden (vgl. Beivers, Minartz 2010), S. 221ff.). Die Budgetverantwortung könnte gemäß § 140c Abs. 2 SGB V zumindest teilweise auf das Krankenhaus übertragen werden. Um in diesem an Dynamik zunehmenden Wettbewerb überleben zu können, müssen sich Krankenhäuser effiziente Führungsstrukturen aufbauen und auf ihre medizinischen Stärken konzentrieren (vgl. Debatin, Terrahe 2009, S. 291).

1.2 Vorgehensweise und Zielsetzung

Können, im Vergleich zur bisherigen Einzel-Abrechnung nach DRGs und EBM, neue Versorgungs- und Vergütungsmodelle für chronische Erkrankungen zukünftig einen Mehrwert sowohl für das Krankenhaus, den niedergelassenen Arzt, die Krankenkasse als auch den Patienten anbieten? Ziel dieser Arbeit ist es, ein Anreizsystem für chronische Erkrankungen zu entwickeln, das sowohl Kosten reduziert als auch den Nutzen für alle Interessensgruppen nachhaltig erhöhen kann. Am Beispiel des IV-Vertrags Schlaganfall der soll ein P4P-Modell entwickelt werden, das neben der sektorenübergreifenden Versorgung eine hohe Effizienz und Ergebnisqualität für den Patienten sicherstellen könnte.

Integrierte Versorgungsprogramme mit Abbildung eines längerfristigen Verlaufs und unter möglicher Budgetverantwortung auf Seiten des Leistungserbringers, der die umfassendste, spezialisierteste und damit kostenintensivste Behandlung für den Patienten sicherstellen muss, könnten für chronisch kranke Patienten die Qualität und Effizienz der Gesamtbehandlung verbessern. Vor allem auch langfristig könnten sich Kostenreduktionen in der Behandlung von chronischen Krankheiten umsetzen lassen. Die Übergabe der Budgetverantwortung bewirkt unter anderem den Anreiz, innerhalb lokaler Versorgungsstrukturen durch Verbesserung der Versorgungskoordination Einsparungen zu erzielen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A36). Für verschiedene Typen von Versorgungsdefiziten können verschiedene Interventionsinstrumente sinnvoll sein. Die leistungsorientierte Vergütung oder „Pay-for-Performance“ ist eine strategische Form der Vergütung mit dem Ziel einer umfassenden Weiterentwicklung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen. Viele Projekte arbeiten gleichzeitig mit nicht-finanziellen Anreizen. Das aufwändigere P4P-Instrument sollte erst dann gewählt werden, wenn die Möglichkeiten der anderen Instrumente ausgeschöpft sind (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A13).

Die Entwicklung eines P4P-Modells soll auf Grundlage des IV-Vertrags für Schlaganfall-Patienten der Klinik vorgenommen werden. Nach Festlegung des chronischen Krankheitsbildes wird eine definierte Anzahl von Patienten ausgewählt, die im vorgegebenen Verlauf eines Jahres wiederkehrend ambulant wie stationär behandelt werden müssen. Sichergestellt werden soll die nachhaltige Finanzierbarkeit des integrierten

Versorgungsnetzes. Ausgangspunkt könnte ein neues Behandlungsverfahren sein, dessen langfristige Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf durch das entwickelte Behandlungsmodell transparent gemacht werden. Neue Forschungsergebnisse können eine wichtige Grundlage für die Entwicklung neuer integrierter Versorgungsangebote darstellen. Nachfolgend soll am Beispiel des Schlaganfalls die Frage der Übertragbarkeit des Modelles auf andere chronische Erkrankungen geklärt werden.

Ein Mehrwert für das Krankenhaus könnte in der Differenzierung im Wettbewerb und im Marketing bestehen. Dem Krankenhaus dürfen durch das neue Versorgungsangebot keine vorher bestehenden Deckungsbeiträge verloren gehen. Wenn über höhere Erlöse zusätzliche Leistungen finanziert werden sollen, müssen diese bei der Budgetkalkulation mitberücksichtigt werden. Es sollte eine Win-Win-Situation für alle beteiligten Stakeholder hergestellt werden.

Das Krankenhaus könnte eine Gatekeeper und Lotsen-Funktion zur Steuerung des Budgets und des integrierten Versorgungsangebotes einnehmen. Aufgabe des Krankenhauses ist es, die Behandlungskosten über das gesamte Jahr hinweg zu steuern. Zur Bewertung des entstandenen Nutzens soll ein P4P-Modell entwickelt und die begleitende Analyse in Form eines Monitorings über den Jahresverlauf hinweg vorgenommen werden. Zum Vergleich der Auswirkung auf Behandlungsqualität und Kosten muss eine entsprechende Vergleichsgruppe herangezogen werden. Eine höhere Vergütung könnte als finanzieller Anreiz für die Umsetzung von Prävention, zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung sowie zur Finanzierung von neuen Versorgungskonzepten und zusätzlichen Leistungen dienen. Im Vorfeld müssen Faktoren definiert werden, die zu einem Abbruch des Behandlungsmodelles führen.

Ausgangspunkt für die Entwicklung eines integrierten Versorgungsnetzes für ein ausgewähltes chronisches Krankheitsbild könnte die Inbetriebnahme eines neuen Fachgebietes im Ambulanten Versorgungszentrum der Klinik sein. Neben der Optimierung von Steuerungs- und Überwachungssystemen sollte ein Risikomanagementsystem implementiert werden. Durchgehende Managementprozesse, ein sektorenübergreifendes Case und Care Management sowie ein Qualitätsmanagementsystem müssten über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg eingeführt werden. Zur besseren Transparenz der Abrechnung könnte diese intern weiterhin nach DRGs, EBM und GOÄ kalkuliert und nachfolgend in Form einer Prozesskostenrechnung mit den einzelnen Kostenstellen anteilig

verrechnet werden. Die Rechnungslegung mit externen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten könnte ebenso nach DRG, EBM und GOÄ erfolgen. Zur Optimierung der Abläufe sollten sowohl die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit als auch betriebswirtschaftliche Aspekte mit berücksichtigt werden. Um Prozesse zu optimieren, muss ein begleitendes Controlling- und Kennzahlensystem entwickelt werden. Ein sektorenübergreifendes IT-Management-System kann sicherstellen, dass wichtige behandlungsrelevante Daten und Informationen rasch an den nachfolgenden Leistungserbringer weitergegeben werden können.

Trotz hoher Gesundheitsausgaben in Deutschland findet bisher keine effiziente Allokation der zur Verfügung stehenden Ressourcen statt. Mit dem Ziel, die Kosten zu senken, die Effizienz zu erhöhen und die Qualität zu verbessern, sollten überflüssige und fragwürdige Leistungen ausgeschlossen werden. Fehlsteuerungen ergeben sich aus der strikten Trennung der einzelnen Versorgungssektoren, die zu Koordinationsverlusten, redundanten Tätigkeiten und Informationsverlusten an den Übergängen führen, sowie durch Fehlen eines ökonomischen Anreizsystems, mit dem Effektivitäts- und Effizienzverluste vermieden werden könnten. Fehlsteuerungen führen einerseits zur Überversorgung der Versicherten, andererseits zu einer Unterversorgung von chronisch- und schwerstkranken Menschen (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 1f.). Der sektorenübergreifende langfristige Versorgungsprozess sollte durch ärztliches Wissen gesteuert werden. Entscheidungen, die unter einzelwirtschaftlichen Aspekten getroffen werden, beachten nicht die langfristige Perspektive der betroffenen Versicherten.

Ein verbessertes Management bei qualitativ hochwertiger Behandlung für chronische Erkrankungen bedeutet mehr Unterstützung für den Patienten, die Berücksichtigung seiner psychosozialen Bedürfnisse und dadurch eine erhöhte Zufriedenheit. Ziele einer verbesserten Koordinierung in der Behandlung von chronischen Krankheiten sind: Die Entwicklung besserer Informationssysteme, die einen Zugang zur Patientenakte für alle Leistungserbringer im Versorgungsprozess ermöglichen, die Verlagerung von Ressourcen von der stationären hin zur ambulanten Versorgung, die Integration von verschiedenen Sektoren sowie die Stärkung der Rolle nicht-ärztlicher Berufe und multidisziplinärer Teams bei der Koordinierung der Versorgung. Mehr Effizienz und Kosteneinsparungen in der Versorgung von chronischen Erkrankungen könnten durch reduzierte Wartezeiten bei Notfällen und Aufnahmen, weniger abgesagte Operationen, eine geringere Anzahl von

Krankenhausaufnahmen und Notdienst-Einsätzen sowie geringere Verweildauern bewirkt werden (vgl. Schlette, Blum, Busse 12/2009, S. 117ff.). Durch eine starke Primärversorgung könnte die Versorgung weniger zersplittert und mehr patientenorientiert gestalten werden. Ziel ist es, eine nachhaltige Finanzierung für chronische Erkrankungen sicherzustellen, sowohl im Hinblick auf die Hauptfinanzierungsquelle und die Verteilung von Finanzmitteln als auch die Vergütung der Leistungsanbieter (vgl. Schlette, Blum, Busse 12/2009, S. 141).

2. Voraussetzungen für die Weiterentwicklung, Umsetzung und Evaluierung der Auswirkungen von P4P-Modellen

2.1 Die Finanzierung der Gesundheitssysteme, Steuerungsansätze und Erfahrungen mit P4P im Ausland

Die Finanzierung der Gesundheitssysteme erfolgt über Steuern, Beiträge zu gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen sowie über Eigenleistungen der Versicherten (vgl. Schlette, Blum, Busse 12/2009, S. 35f.). Um fair, wirtschaftlich und effektiv zu sein, müssen Gesundheitssysteme in Europa festgelegte Ziele verfolgen: Einen universellen Zugang für die gesamte Bevölkerung, effektive Versorgung für bessere Gesundheit, effiziente Nutzung von Ressourcen, hohe Versorgungsqualität und Empfänglichkeit für die Erwartungen und Wünsche von Patienten. Zum Erreichen dieser Ziele verwenden Länder unterschiedliche Steuerungsmechanismen (vgl. Schlette, Blum, Busse 12/2009, S. 53f.). Gesundheitspolitische Steuerung als Mix aus Rahmenvorgaben des Gesetzgebers und konkreten Vorgaben der Selbstverwaltung sollte idealerweise vom Vertrauen der Beteiligten zueinander geprägt sein. Sie dient der Förderung des Sozialkapitals eines Landes und ist Ausdruck des Solidarprinzips als Grundpfeiler sozialer Krankenversicherungssysteme.

Im internationalen Vergleich zeigt sich für das deutsche Gesundheitssystem eine Diskrepanz zwischen den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit und der erbrachten Behandlungsqualität. Ein hohes Ausgabenniveau für Gesundheitsleistungen, gut ausgebaute Versorgungsstrukturen und eine hohe Verfügbarkeit personeller und materieller Ressourcen sind nicht zwingend mit einer flächendeckenden hohen Ergebnisqualität

assoziiert (vgl. Laurer et al. 2013, S. 1). Zwischen den stationären Leistungserbringern findet sich für viele Leistungen ein großes Qualitätsgefälle. Auffällig im Vergleich zu anderen Ländern ist, dass Qualität zwar belastbar gemessen werden kann, jedoch aus den Messergebnissen keine Konsequenzen gezogen werden. Trotz eines Jahrzehnts voller Bemühungen um die Qualität, gibt es bis heute keine Mechanismen, um die Leistung qualitativ schlechter Krankenhäuser unter Verwendung von Sanktionsmaßnahmen zu verbessern oder gute Krankenhäuser zu belohnen. Insbesondere die Transparenz von Qualitätsmessung und deren zielgruppengerechte Aufbereitung sind im Vergleich zu anderen Ländern verbesserungsfähig (vgl. Neumann et al. 2013, S. 8f.). Eine Grundvoraussetzung für wirksame Konzepte zur Qualitätssteigerung wäre, neben der transparenten und nachvollziehbaren Qualitätsinformation die sinnvolle Verknüpfung von Konsequenzen mit diesen Informationen. Für geeignete Qualitätsindikatoren müssten verbindliche Mindeststandards gelten, die für die Erlaubnis der Leistungserbringung nicht unterschritten werden dürfen.

DRGs werden seit Mitte der 80er Jahre in verschiedenen Ländern innerhalb und außerhalb Europas zur Finanzierung von stationär erbrachten medizinischen Leistungen verwendet. Ziel des DRG-Systems ist es, die Effizienz in den Krankenhäusern zu steigern und den Wettbewerb zu stärken (vgl. Rösler et al. 2011, S. 124). Angestoßen wurden Wege zur Rationalisierung im stationären Sektor, eine Effizienzsteigerung durch Optimierung der Handlungsabläufe wurde bewirkt (vgl. Brunner, Furmaniak 2009, S. 18f.). Das DRG-System soll Krankenhäuser vergleichbar machen und eine höhere Transparenz insbesondere im Hinblick auf Schweregrade und Kosten der erbrachten Leistungen bewirken (vgl. Goedereis 2009, S. 241ff.).

Erfahrungen mit dem DRG-System zeigen jedoch, dass Krankenhäuser als Reaktion auf Preisveränderungen mit „Upcoding“ ihrer Patienten in DRGs mit einem höheren Preis und ohne Änderung der Behandlungsintensität reagierten. Zusätzliche Finanzmittel wurden gleichmäßig für die Behandlung aller Diagnosegruppen eingesetzt. Der nachweisbaren Reduktion von Ausgaben bei besonders kostenintensiven Patienten könnte sowohl eine Reduzierung an Behandlungsqualität als auch eine Verbesserung der Effizienz zugrunde liegen (vgl. Blank 2008, S. 36ff.). Neben der erhöhten angebotsinduzierten Nachfrage (vgl. Blank 2008, S. 28), wurde ein Wettbewerb um den ökonomisch interessanten Patienten ausgelöst. Dazu gab es den Anreiz, den kostenintensiven Patienten auf den postakuten

Langzeitsektor zu verschieben, um Behandlungskosten einsparen zu können. Ein Kostendämpfungseffekt auf das gesamte Gesundheitssystem konnte nicht festgestellt werden. Tendenz ist, dass die Patientenzahlen in Krankenhäusern steigen und eine durchschnittliche Krankenhausbehandlung teurer wird (vgl. BDPK 2013, S. 109). Es stellt sich die Frage, wer die Last der steigenden Kosten trägt und ob durch mehr Menge an stationärer Behandlung tatsächlich auch ein mehr an Nutzen erzeugt werden kann.

Zur weiteren Effizienzsteigerung wurden in anderen europäischen Ländern stationersetzende Leistungen in erheblich größerem Umfang umgesetzt. Der streng regulierte Krankenhausmarkt in Deutschland bewirkt schwierigere Rahmenbedingungen, die sich in einer angespannteren Investitions- und Kapazitätsplanung der Länder und einer strikten Trennung des ambulanten und stationären Vergütungssystems äußern, wodurch eine wettbewerbliche Öffnung zusätzlich behindert wird (vgl. Leclerque, Klauber 2010, Einführung, S. XVf.). Vorhandene Effizienzpotenziale können nicht ausreichend realisiert werden (vgl. Beivers, Minartz 2010, S. 228).

Im internationalen Vergleich zeichnet sich das deutsche Gesundheitswesen durch einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung, einen umfassenden Leistungskatalog und einen hohen Versorgungsstandard aus. Verbesserungspotential besteht im Besonderen für die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen. Nach Ansicht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) wurzeln die vorhandenen Qualitätsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung bei den großen Volkskrankheiten häufig in Koordinationsdefiziten, die wiederum mit mangelnder Transparenz, unzureichendem Wettbewerb und inadäquaten Anreizsystemen einhergehen (vgl. Grote Westrick 2010/I, in: Grote Westrick, Schwenk 2010, S. 10ff.). Durch mehr Koordination und Kooperation könnte die Qualität der Gesundheitsversorgung durch integrierte Versorgungsstrukturen erhöht werden.

Einer internationalen Erhebung des Commonwealth Fund aus dem Jahre 2009 zufolge können, bezogen auf die Versorgungssituation chronisch erkrankter Menschen in Deutschland, nachfolgende Aussagen getroffen werden:

Zugang zur Versorgung:

43% der befragten Patienten erhalten im akuten Bedarfsfall noch am selben Tag einen Termin bei ihrem Hausarzt.

68% benötigen für den Termin beim Facharzt eine Wartezeit von weniger als vier Wochen, nur 20% von zwei Monaten oder mehr.

Verantwortungsbewusster Umgang des Patienten mit seiner Erkrankung:

Nur 56% der Patienten (die einen festen Hausarzt haben) geben an, dass ihr Arzt sie immer über Behandlungsalternativen informiert und in Entscheidungen miteinbezieht.

Nur 31% der Patienten erhalten schriftliche Empfehlungen von ihrem Arzt, wie sie im Alltag mit ihrer Erkrankung zurechtkommen können.

Koordination der Versorgungsprozesse:

Im internationalen Vergleich ist Deutschland negativer Spitzenreiter bezogen auf den Informationsaustausch zwischen den Ärzten.

18% berichten von Doppeluntersuchungen.

32% geben an, dass einem von ihnen aufgesuchten Facharzt keine Informationen über ihre medizinische Vorgeschichte vorlagen (vgl. Grote Westrick 2010/I, in: Grote Westrick, Schwenk 2010, S. 10f.).

Die offene Methode der Koordinierung (OMK) bietet im Europäischen Gemeinschaftsrecht einen rechtlichen Rahmen für die Gesundheitspolitik innerhalb der Mitgliedstaaten der EU. Sie zielt auf die strategische Weiterentwicklung von Best-Practice-Ansätzen (vgl. Eichenhofer 2010, S. 59).

Ein gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung, Qualität und nachhaltige Finanzierbarkeit sollen durch entsprechende Indikatoren innerhalb der EU standardisiert und somit vergleichbar gemacht und dadurch Verbesserungsmöglichkeiten für einzelne Gesundheitssysteme aufgezeigt werden (vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) 2010, S. 318). Indikatoren, die aus Gesundheitsstatistiken oder Surveys abgeleitet wurden, stellen aggregierte Sachverhalte dar und sind zentrales Element der nationalen und internationalen Gesundheitsberichterstattung (vgl. Thelen et al. 2010, S. 195ff.). Neben der bestehenden Datengrundlage sind die Verfügbarkeit von Statistiken und Zeitreihen (vgl. Arbeitspapier der GVG 2005 (2010), S. 324) und die

Validität der Indikatoren entscheidend (vgl. Schneider et al. 2007, S. 1). Prüfkriterien für Indikatoren beziehen sich auf die Kausalität, Eindeutigkeit, Vergleichbarkeit, Objektivität und Gleichberechtigung der Zielbereiche (vgl. Schulte 2011, OMK Gesundheit und Langzeitpflege, S. 7). Zum Vergleich müssen internationale Datenbestände harmonisiert sein (vgl. Drösler, Scheidt-Nave 2010, S. 241).

Erhebliche Differenzen können sich auf Seiten des Outcomes und im Ressourceneinsatz zeigen, die Besonderheiten einzelner Mitgliedstaaten und Gesundheitssysteme müssen berücksichtigt werden (vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) 2010, S. 311). Um unerwünschte Effekte (Bias) zu reduzieren (z.B. subjektive Gesundheitsangaben aus Befragungen, Selbsteinschätzungsindikatoren), müssen einzelne Fragestellungen mit klaren Wirkzusammenhängen definiert werden (vgl. Arbeitspapier der GVG 2005 (2010), S. 325f.). Die Bewertung quantifizierter Ziele ist wegen der hohen Komplexität und Heterogenität der Gesundheitssysteme nicht zu empfehlen (vgl. Schulte 2011, OMK Gesundheit und Langzeitpflege, S. 8ff.). Einschränkend für die Gesundheitsforschung sind sowohl fehlende Voraussetzungen für die gemeinsame Auswertung aller Krankenkassendaten als auch eine zu hinterfragende Validität der ambulanten Daten (Diagnosedaten werden weitgehend abrechnungsgesteuert erfasst). Ambulante und stationäre Daten müssen aus unterschiedlichen Quellen abgestimmt und zusammengeführt werden (vgl. Drösler, Scheidt-Nave 2010, S. 242).

Indikatoren zur Mortalität bei Herz-Kreislaufkrankungen sind bereits seit längerem Bestandteil regelmäßiger Datenerhebungen durch die OECD. Sie werden nach umfassender Evaluierung als international anerkannte Messgrößen in der nationalen Qualitätserhebung eingesetzt (vgl. Drösler, Scheidt-Nave 2010, S. 250). Jedoch sind nur wenige Länder in der Lage, Patienten in ihrem EDV-System gezielt nachzuverfolgen und Behandlungsdaten entsprechend zusammenzuführen (vgl. Mattke et al. 2006, in: Drösler, Scheidt-Nave 2010, S. 251). Ein flächendeckender Einsatz des Unique Patient Identifier (UPI²), als ein lebenslanges eindeutiges Identifizierungsmerkmal ist noch nicht umgesetzt worden (vgl. Drösler, Scheidt-Nave 2010, S. 262f.).

Internationale Unterschiede bei der ICD-Kodierung zeigen sich im Umfang der Dokumentation (erfassen von Krankheitsschwere, Komplikation und Komorbidität), einige Länder verwenden veraltete Schlüsselsysteme. Methodische Diskrepanzen können sich auf

² Elektronische Patientenakte.

die Datenerhebung und Datenauswertung auswirken. Indikatoren müssen entsprechend modifiziert werden, um die zum internationalen Vergleich zwingend notwendigen harmonisierten Datenbestände voraussetzen zu können (vgl. Drösler, Scheidt-Nave 2010, S. 241ff.). Am Beispiel der öffentlichen Wahrnehmung und Akzeptanz von Behandlungsfehlern zeigte sich, dass Ergebnisse von Selbsteinschätzungsindikatoren international nicht vergleichbar sind (vgl. Schulte 2011, OMK Gesundheit und Langzeitpflege, S. 5). Qualitätsindikatoren zur Patientensicherheit hingegen bieten einen geeigneten Weg zum internationalen Vergleich.

Steuerungsansätze verschiedener OECD-Länder, basierend auf Qualitätsinformation und Qualitätskultur (vgl. Neumann et al. 2013, S. 8)

- Deutschland: Das AQUA-Institut im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses ist mit der Entwicklung, Pflege und Ergebnisauswertung von Qualitätsindikatoren im stationären Sektor beauftragt. Für 30 Leistungsbereiche mit 430 Indikatoren besteht eine Dokumentationspflicht (vgl. Neumann et al. 2013, S. 16).
- Niederlande und Kanada: Auf Grundlage von kritischen Jahresberichten zum eigenen Gesundheitswesen werden die Fortschritte für Qualitätsindikatoren jährlich gemessen.
- In New York: Die Mortalitätsraten von Operationen einzelner Herzchirurgen werden miteinander verglichen.
- Dänemark: Warnt öffentlich vor schlechten Ärzten.
- USA: Im Rahmen eines groß angelegten Modellprojekts werden P4P-Mechanismen im stationären Sektor erprobt.

Internationale Fallbeispiele zum Umgang mit Qualität

In anderen Industrienationen zeigt sich, dass die transparente Darstellung von gemessenen Qualitätsdaten und die konsequente Steuerung von Leistungserbringern anhand dieser Daten bereits weit verbreitet sind. Vor allem im angelsächsischen Raum hat sich die Aufbereitung allgemeinverständlicher Daten zum Standard entwickelt (vgl. Neumann et al. 2013, S. 19ff.). Die bestehende hohe Transparenz ermöglicht einem konstruktiven Umgang mit den Qualitätsdaten. Defizite und Probleme werden offen angesprochen und mit Verbesserungsvorschlägen verbunden, es erfolgen jedoch keine Sanktionen bei Nichterreichung der verbindlichen Qualitätsziele.

Niederlande: Verschiedene Institute wie das Institut für Versorgungsforschung oder die nationale Statistikbehörde messen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Ergebnisse von Patientenumfragen werden berücksichtigt. Im Vierjahres-Rhythmus bewertet der Health Care Performance Report 125 Qualitätsindikatoren zu medizinischer Qualität, Zugang zu Leistungen und Kostenentwicklung und beschreibt die der Indikatorenauswahl zugrundeliegende Methodik. Die Ergebnisse werden mit Vorjahreswerten und mit Werten anderer Gesundheitssysteme verglichen.

Kanada, Ontario: Ein jährlicher Report bewertet die Qualität des gesamten Gesundheitssystems der Provinz und ist nach zehn Qualitätsdimensionen gegliedert, wie beispielsweise die Sicherheit, Effizienz und Patientenzufriedenheit. Anhand des Fortschritts und im Vergleich zum vorangegangenen Jahr wird für jede Dimension eine Vielzahl von Indikatoren bewertet (z.B. Hospitalisierungsraten, Reduktion der Wartezeiten).

USA, New York: Bereits seit 1989 werden für stationäre Einrichtungen die Mortalitätsraten von aortokoronaren Bypass-Operationen gemessen und seit 1992 Mortalitätsdaten für die Operationen einzelner Ärzte erhoben. Anhand jährlich veröffentlichter Berichte werden für jedes Krankenhaus im Bundesstaat New York teilweise risikoadjustierte Indikatoren für Fallzahlen, die Krankenhaussterblichkeit, „OMR“ (Beobachtete 30-Tage-Sterblichkeit), „EMR“ (Erwartete Sterblichkeit) und „RAMR“ (Risikoadjustierte Sterblichkeit mit 95%-Konfidenzintervall) erhoben (vgl. Neumann et al. 2013, S. 24). Viele Krankenhäuser leiteten nach der ersten Veröffentlichung gezielte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ein. Auf Ebene des Gesamtsystems zeigten sich besonders zu Beginn des Programms deutliche Qualitätsverbesserungen, die risikoadjustierte Sterblichkeit konnte innerhalb von drei Jahren um 41% reduziert werden.

Großbritannien: Das NHS Choices als zentrales Public Reporting Online-Portal des National Health Service (NHS) bewertet die Qualität von Krankenhäusern öffentlich. Fünf übergeordnete Themenfelder beziehen sich auf Kernkriterien - ein Rating bzw. die Bewertung der Einrichtung durch andere Nutzer - auf Sauberkeit, Sicherheit, Beschwerden und Einrichtungsqualität. Das Portal bezieht sich jeweils auf die gesamte Einrichtung und

bietet keine erkrankungsspezifischen Informationen. Einrichtungsrankings bilden Qualitätsindikatoren wie z.B. risikoadjustierte Sterblichkeitsraten ab. Kernaspekt der Befragung von Mitarbeitern ist, ob diese ihre Einrichtung weiterempfehlen würden (vgl. Neumann et al. 2013, S. 25ff.). Das NHS Choices bietet eine umfassende, zentrale und allgemeinverständliche Darstellung von Qualitätsdaten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und ermöglicht darüber eine objektive Bewertung von stationären Einrichtungen. Für die Leistungserbringer entsteht ein Anreiz, höchstmögliche Qualität anzubieten.

Dänemark: Eine dänische Webseite veröffentlicht sogenannte „Tilsynslisten“, Informationen zu Leistungserbringern, die aufgrund von Hinweisen auf Fehlverhalten unter behördlicher Beobachtung stehen. Ziel ist die Stärkung der Patientensicherheit durch Warnung vor schlechtem medizinischem Personal. Diese Variante ist in Deutschland aus Datenschutzgründen nicht denkbar (vgl. Neumann et al. 2013, S. 29).

Verknüpfung von gemessener Qualität und Vergütung

Vereinigte Staaten: Ziel eines Pilotprojekts des Centers for Medicare and Medicaid Services, das **Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID)**, das 2003 etabliert und in den folgenden Jahren weiterentwickelt wurde, ist die Erforschung einer an Qualitätsmessungen geknüpften Vergütung für die Anbieter von Krankenhausleistungen (Pay for Performance). Unter Anwendung des sogenannten Tracer-Konzepts, das vom Institut of Medicine entwickelt wurde, wird auf Grundlage einiger Indikatoren für einzelne Indikationen auf die erbrachte Qualität im gesamten Gesundheitssystem geschlossen (vgl. Kessner et al. 1973, in: Neumann et al. 2013, S. 30).

Anhand der Krankheitsbilder akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, ambulant erworbene Pneumonie, koronare Bypassoperation und dem Hüft- und Kniegelenkersatz, die als Tracer dienten, wurde die Qualität mit Hilfe von Prozess- und Ergebnisindikatoren gemessen. Die Mehrheit der verwendeten Indikatoren waren Prozessindikatoren. Der ermittelte Qualitätsscore, der das gesamte Krankenhaus repräsentieren und an dem sich die Vergütung für das jeweilige Haus orientieren sollte, wurde anhand der gemessenen Qualitätsergebnisse für alle Erkrankungen aggregiert. Im Rahmen der ersten, dreijährigen Phase des Projekts, mussten zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt werden, um die 10%

der stationären Einrichtungen mit der besten Qualität mit einem 2%igen Bonus zu ihrer Vergütungssumme höher vergüten zu können. Eine um 1% höhere Vergütung erhielten die zweitbesten 10%. Erst die zweite Phase des Projekts konnte weitgehend aufwandsneutral gestaltet werden, da die zusätzlichen Mittel für die besten 20% der Leistungserbringer den schlechtesten 20% von der Vergütungssumme abgezogen wurden. Eine umfangreiche Begleitforschung evaluierte, dass während der gesamten Dauer des Projekts eine konstante Steigerung der Prozessqualität in allen beteiligten Krankenhäusern beobachtet werden konnte, die zumindest zum Teil auf die neu implementierte Vergütungsfunktion zurückzuführen war. Da die große Mehrheit der gemessenen Indikatoren Prozesse erfasste, lag der Schwerpunkt der Bemühungen der einzelnen Einrichtungen möglicherweise auf einer Verbesserung der Prozesse und nicht der Ergebnisqualität. Fazit wäre, dass zwar einerseits eine mit Konsequenzen verbundene Nutzung der gemessenen Qualitätsdaten in der Krankenhausplanung und den Budgetverhandlungen wünschenswert wäre, diese jedoch nicht im Rahmen von P4P geschehen muss. Ziel der Anreizentwicklung muss sein, dass ein Krankenhaus nicht dauerhaft eine schlechte Qualität erbringen darf (vgl. Neumann et al. 2013, S. 30ff.).

Weitere Beispiele für bedeutsame P4P-Krankenhausprojekte in den USA bieten - neben dem Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID) - das Hawaii Medical Service Association und das Blue Cross Blue Shield of Michigan an. Diese haben ebenfalls überwiegend Prozessindikatoren erfasst (vgl. Mehrotra et al. 2009, in: BQS-Institut 2012, Teil B, S. B22). Ab 2014 werden zusätzliche Indikatoren zur Ergebnisqualität angewandt, Sterblichkeitsindikatoren, Indikatoren zu Komplikationen und Patientensicherheit sowie Indikatoren, die im Krankenhaus erworbene Krankheiten oder Zustände abbilden können (zurückgelassene Fremdkörper nach OP, Luftembolien, Blutunverträglichkeit, Dekubiti der Stadien III und IV, Stürze und Traumata, Infektionen durch Herz- oder Harnkatheter, schlechte Blutzuckereinstellung) (vgl. Seeger 2013, S. 152).

Großbritannien: Das Projekt der „Quality and Outcomes Framework (QOF)“ ist als P4P-System in der hausärztlichen Versorgung seit 2004 etabliert und ermöglicht einen bis zu 25%igen Bonus pro Hausarzt, die Messung erfolgt anhand von 146 Qualitätsindikatoren. Diese sind zur Hälfte Ergebnisindikatoren. Bewirkt wurde eine regionale signifikante Verbesserung der 30-Tages-Mortalität um 6% (vgl. Seeger 2013, S. 147).

Etablierung einer zentralen Behörde zur Messung und Verbesserung der Qualität aller Gesundheitsdienstleistungen und Produkte

Niederlande: Eine vom Gesundheitsministerium rechtlich unabhängige und zentrale Behörde, das Health Care Inspectorate (HCI) überwacht die Qualität und Sicherheit für alle Leistungserbringer des Gesundheitswesens und ist für die Sicherheit der medizinischen Produkte und Pharmazeutika verantwortlich. Qualitätsdaten von den stationären Leistungserbringern werden jährlich an das HCI übermittelt, wichtigstes Instrument für den stationären Sektor ist ein Indikatorenset. Langfristig soll die Qualität von 80% aller Krankenhausbehandlungen mit dem Indikatorenset erfasst und transparent dargestellt werden (vgl. Neumann et al. 2013, S. 33). Krankenhäuser sind verpflichtet, „unbeabsichtigte oder unerwartete Vorkommnisse, die zum Tod oder einer dauerhaften Verletzung führen“ (Schäfer et al. 2010, S. 48), zu melden. Zudem können Unregelmäßigkeiten durch Patienten oder deren Angehörige gemeldet werden. Sanktionsmöglichkeiten des HCI reichen von Belehrungen über Geldstrafen bis hin zum Entzug der Betriebserlaubnis bzw. Berufsverbot. Um eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, könnte die zentrale Vorgabe einheitlicher Qualitätsstandards für alle Krankenhäuser, die auf aussagekräftigen Indikatoren basiert, unabdingbar sein (vgl. Neumann et al. 2013, S. 34).

2.2 Nachweisbarkeit der Wirksamkeit von P4P-Modellen

Ziel einer erfolgreichen Steuerung in der Gesundheitsversorgung ist die richtige Balance zwischen Wettbewerb und Regulierung. Positive Wirkungen des Wettbewerbs als eines von diversen Steuerungsinstrumenten können genutzt, unerwünschte Wirkungen abgemildert werden (vgl. Schlette, Blum, Busse 13/2009, S. 38). Um die Sicherheit von Patienten zu verbessern und dem Einzelnen und der Gesellschaft die beste Gesundheitsversorgung bereitzustellen, gewinnt die evidenzbasierte Versorgung immer mehr an Akzeptanz, Gesundheitsfolgenabschätzungen und die vergleichende Effektivitätsforschung verbreiten sich zunehmend. „Obwohl die meisten Gesundheitsreformen Ziele wie Qualitätsverbesserung, mehr Effizienz und einen besseren Zugang für alle verfolgen, wurden diese Ziele bisher nicht erreicht, die Gesundheitskosten steigen unaufhörlich.“ (Schlette, Blum, Busse 13/2009, S. 53).

Pay-for-Performance bezeichnet eine strategische Form der Vergütung. Als Motivation zur nachhaltigen und umfassenden Weiterentwicklung von Qualität und Effizienz in der Versorgungspraxis wird die Vergütung an das durch Kennzahlen abgebildete Leistungsniveau der Versorger gekoppelt. Somit kann gleichzeitig die hohe Versorgungsqualität und Verbesserung gefördert und schlechte Qualität sanktioniert werden. Bisher sieht die Gesetzeslage in Deutschland eine variable, qualitätsorientierte Vergütung noch nicht vor. Deshalb sind bundesweite Projekte im stationären Sektor bisher nicht möglich. Es existieren jedoch erste implementierte Pilotansätze im Rahmen von selektivvertraglichen Projekten (vgl. Seeger 2013, S. 154f). Durch selektive Vertragsverhandlungen kann der Wettbewerb im Gesundheitswesen dezentralisiert werden (vgl. Oberender 2014, S. 1109f.). Selektivvertragliche Systeme ermöglichen mehr Gestaltungsfreiheit und eine konkrete Qualitätsvariabilität.

P4P-Projekte können auf unterschiedlicher Basis entwickelt werden, auf Grundlage von bestehenden Selektivverträgen oder Disease Management Programmen. Ein bestimmtes Versorgungsproblem kann mit Hilfe von P4P-Elementen völlig neu angegangen werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A37). Eine weitere Entwicklung könnte in einer Versorgungssteuerung bestehen, die die Behandlung an einigen qualitativ hochwertigen Standorten konzentriert (vgl. Seeger 2013, S. 230).

Unter dem Oberbegriff der „**Leistungsorientierte Vergütung**“ können P4P-Projekte sehr unterschiedliche Formen und Vorgehensweisen aufweisen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A9f.):

Klassische Bonus-Projekte mit Zielprämien (Target Payments):

Zur Erhöhung der Durchführungsrate im Bereich der Prävention wie Impfmaßnahmen, Raucherberatung und -entwöhnung, diverse Krebs screenings (Mammographien) (vgl. BQS-Institut 2012, Teil B, S. B17f.)

Bonusprogramme der Krankenkassen als Anreiz zur Patientenbindung oder für die erfolgreiche Umsetzung von IV-Verträgen (IV-Vertrag Kopfschmerz der Schmerzlinik Kiel mit der Techniker Krankenkasse, Überleitung zum Shared-Savings-Ansatz möglich) (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A39).

Zahlungsstopp bei schwerwiegenden Mängeln (Non-Pay-for-Non-Performance):

Zur Unterstützung der Patientensicherheit werden im deutschen DRG-System Komplikationen nicht bezahlt, wenn sie aufgrund von vermeidbaren Behandlungsfehlern

auftreten und bei einem kürzlich vorausgegangenem stationären Aufenthalt verursacht wurden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil B, S. B27f.).

Beteiligung an Einsparungen (Shared-Savings Ansätze):

Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz Nürnberg mit der AOK, die Budgetverantwortung übernimmt das Ärztenetz, das zur Verfügung stehende Budget wird aus den voraussichtlichen Kosten vorausgerechnet (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A40).

Das „Gesunde Kinzigtal“ mit der AOK und der ehemaligen LKK Baden-Württemberg. Durch gezieltere Vorsorge, mehr Engagement und eine stärkere Zusammenarbeit soll langfristig ein höheres Maß an Gesundheit für alle sowie eine bessere Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems umgesetzt werden (vgl. Gesundes Kinzigtal GmbH 2013, Homepage). Die Steuerung übernimmt in beiden Beispielen eine zu diesem Zweck gegründete Managementgesellschaft.

Umfassende Budget- und Qualitätsverantwortung von Versorgergruppen (Accountable Care Organizations in den USA):

Die Budgetverantwortung wird an lokale Versorgergruppen, die Accountable Care Organizations übertragen, das Shared-Savings-Konzept auf eine neue Ebene transportiert. Einsparungen verbleiben direkt im Versorgernetzwerk, deren Verteilung wird von den Beteiligten selbst geregelt (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A36). Die Übergabe der Budgetverantwortung bewirkt unter anderem den Anreiz, innerhalb lokaler Versorgungsstrukturen durch eine Verbesserung der Versorgungskoordination Einsparungen zu erzielen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A36).

Neue Versorgungsformen und die Versorgungsforschung befinden sich noch am Anfang ihrer Entwicklung, bieten aber langfristig ein Potenzial für nachhaltige Innovationen. Der angestoßene Wettbewerb führt zwangsläufig zu einer Ausdifferenzierung von Versorgungsstrukturen (vgl. Amelung 2009, S. 5f.). Ziele sind die verbesserte Versorgung zu gleichen Kosten, eine vergleichbare Versorgung zu niedrigeren Kosten oder eine Kombination von beiden Ansätzen (Managed Care) (vgl. Amelung 2010, S. 26ff.). Ein Qualitätswettbewerb benötigt unterschiedliche Versorgungskonzepte.

Zur Evaluation der Auswirkungen eines integrierten Versorgungs- und Vergütungsnetzes können die Patienten des integrierten Netzes einer risikostratifizierten Vergleichsgruppe

der Regelversorgung gegenübergestellt werden. Betrachtet werden können sowohl Kostenfaktoren als auch spezifische Qualitäts- und Nutzwertindikatoren. Das entwickelte Versorgungsnetz, das rein ambulant sein kann, kann auch der zentralen Bedeutung eines Krankenhauses Rechnung tragen (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 17). Sektorenübergreifende Versorgung umfasst sowohl die verbindliche Vereinbarung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer, gemeinsame Behandlungsstandards, eine gemeinsame elektronisch gestützte Kommunikationsplattform bis hin zu einem alle Leistungsanbieter zusammenfassenden Unternehmen mit einer Trägerschaft (vgl. Bundesverband Managed Care e.V. 2003, S. 2f.).

Ziel eines Integrationsnetzes und damit entscheidendes Kriterium für dessen Fortführung ist die nachweisbare Qualitätsverbesserung oder Kosteneinsparung im Vergleich zur Regelversorgung. Wettbewerbsstrategietypen im Sinne von Porter sind die „umfassende Kostenführerschaft“ und die „Differenzierung“ (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 17). Umfassende Kostenführerschaft setzt eine bessere Produktionskostenstruktur als der Wettbewerb voraus, die Leistungen können durch Prozessoptimierung günstiger als in der Regelversorgung erbracht werden (vgl. Porter 1999, S. 70ff.). Differenzierung bedeutet die Qualitätsverbesserung der Leistungen, so dass eine deutlich bessere Versorgung der Patienten im Vergleich zum Status Quo erzeugt werden kann. Im Idealfall werden sowohl die Kosten reduziert wie die Qualität der Versorgung verbessert. Obgleich hier zwei nicht simultan verlaufende Prozesse vorliegen, muss dieses nicht dem ökonomischen Prinzip widersprechen. Im ersten Schritt könnte durch Prozessoptimierung die Qualität der Versorgung verbessert, als Folge daraus die Kosten gesenkt werden.

Der sektorenübergreifende Versorgungsprozess sollte durch ärztliches Wissen und unter Beachtung der langfristigen Perspektive der betroffenen Patienten gesteuert werden. Frage ist, welche Auswirkung die zentrale Steuerung und Lenkung durch die Klinik auf die dezentrale Ausführung der selbständigen Einzelpraxen und Krankenhäuser mit einer weniger komplexen und kostenintensiven Leistungserbringung hätte und ob die gesetzten Ziele der Qualitätsverbesserung durch Prozessoptimierung und folgenden Kostensenkung wirkungsvoller erreicht werden könnten. Synergieeffekte könnten genutzt, Wirtschaftlichkeitsreserven in der Praxis- und Krankenhausorganisation gehoben werden. Aufgrund vorhandener Restriktionen wird die Integrierte Versorgung die Regelversorgung nicht komplett ersetzen können, aber sie würde diese besonders an den Schnittstellen

sinnvoll ergänzen. Erfahrungen in den USA zeigen, dass der Aufbau integrativer Versorgungssysteme deutlich mehr Zeit benötigt und keinen geeigneten Lösungsansatz zur Behebung kurzfristiger Probleme darstellt (vgl. Amelung et al. 2006, S.43).

Zur Bewertung der **Nützlichkeit** des P4P-Konzeptes können verschiedene Fragestellungen im Vorfeld abgeklärt werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A18f.):

- Stellt Pay-for-Performance für ein bestimmtes Steuerungsproblem eine geeignete Option dar?
- Welcher P4P-Ansatz ist für die Lösung des Problems geeignet?
- Was muss bei der Realisierung des P4P-Projekts beachtet werden, damit es größtmöglichen Erfolg bei vertretbarem Aufwand bringt?
- Müssen Mindeststandards bei der Konzepterstellung, Umsetzung, Dokumentation und Evaluation beachtet werden?

Die Evaluation, als eine umfassende systematische Messung und Bewertung von Kosten und Nutzen der Gesundheitstechnologien und Versorgungsformen, sollte belegen, dass die Integrierte Versorgung der Regelversorgung überlegen ist. Analysiert werden die Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und Wirksamkeit der Intervention. Grundlage ist die Erhebung von Indikatoren zur Versorgungsqualität sowie von Daten zur Wirtschaftlichkeit. Diese müssen in ökonomischen Kenngrößen bereits bei der Evaluationsplanung Berücksichtigung finden (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 41f). Die Zielvorstellung einer integrierten Versorgung ist, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu verbessern. Entwickelt aus den theoretischen Grundlagen der Outcome-Forschung, geht diese Unterscheidung auf die Qualitätstheorie nach Donabedian zurück:

- „Struktur“ bezieht sich auf die administrative, organisatorische und physische Ausstattung des behandelnden Netzes (Geräteausstattung, Personalbestand und Qualifikation des Personals, Aufbau- und Ablauforganisation). Zugrundeliegende Annahme ist, dass Anbieter, die bestimmte strukturelle Standards erfüllen, auch ein besseres Versorgungsergebnis produzieren (vgl. Amelung 2007, S. 269f.).
- „Behandlungsqualität“ wird an Indikatoren gemessen (Dauer der Behandlung bis zur Gesundung, Anzahl der notwendigen Überweisungen, Vorhandensein von Leitlinien und Behandlungspfaden).

- „Ergebnisqualität“ wird in der Outcome-Forschung an definierten medizinischen Kriterien gemessen (vermiedene Krankenhausaufenthalte oder OPs, Indikatoren der Mortalität).

Ein Nutzen kann sich ebenso in nicht-monetären Größen ausdrücken. Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Analysen evaluieren unterschiedliche medizinische oder epidemiologische Outcome-Einheiten (gewonnene Arbeitstage, Anzahl vermiedener Tumore, Veränderung des Blutdrucks oder auch zusätzliche Lebensjahre). Intangible Kosten und Nutzen hingegen beziehen sich auf nicht messbare Effekte (Schmerz, Freude, physische Beschränkungen) (vgl. Greiner 2000, S. 169).

Um eine Aussage über die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Integrierten Versorgung treffen zu können, dürfen die eingetretenen signifikanten Veränderungen der gemessenen Parameter nicht auf externe Einflussfaktoren zurückzuführen sein (vgl. Bürger 2003, S. 38). Zur Sicherstellung von Validität und Aussagekraft der Ergebnisse ist die Auswahl der Behandlungsfälle entscheidend, es müssen genügend Patienten in einer integrierten Netzstruktur behandelt worden sein und der eingeschriebene Patient hinsichtlich der Behandlungsergebnisse einer mindestens zwölfmonatigen Verlaufsevaluation unterzogen werden. Sinnvoll wäre jedoch eine mehrjährige Evaluation, da einige Effekte (z.B. Rezidive) erst nach Monaten oder in Bezug auf eine verminderte Mortalitätsrate erst nach einigen Jahren nachgewiesen werden können. Das Risiko von Fehlinterpretationen sinkt, wenn sich mit steigender Anzahl der evaluierten Fälle die Verteilung in der Stichprobe der Verteilung der Grundgesamtheit annähert (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 43f.).

Um die Ergebnisse der einzelnen Netzevaluationen miteinander vergleichen zu können, müssen entsprechende Parameter standardisiert erfasst werden. Alle beteiligten Leistungserbringer sollten mit einbezogen werden, um die Akzeptanz der analysierten Ergebnisse zu steigern und sektorenübergreifende Interventionseffekte mit berücksichtigen zu können (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 44). Eine schnellere Krankenhausentlassung würde zwar das gesetzte Ziel der Reduktion von stationären Kosten erreichen, könnte jedoch höhere ambulante Pflegekosten zur Folge haben. Somit wäre faktisch nur eine Verschiebung der Kosten in einen anderen Ausgabenbereich vorgenommen worden. Um eine hohe Aussagekraft zu erhalten, sollte eine direkte Gegenüberstellung der Integrierten Versorgung zur Regelversorgung erfolgen. Zu jedem Patienten der Integrierten Versorgung

müsste ein Pendant in der Regelversorgung ermittelt werden (Matched-Pairs-Verfahren). Die risikostratifizierte Vergleichsgruppe sollte eine Übereinstimmung in Alter, Geschlecht, Co-Morbidität, Sozialstruktur und Schwere der Erkrankung aufzeigen (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 45). Zur Erhöhung der Konvergenz der Vergleichspersonen könnten weitere Kriterien wie die Pflegebedürftigkeit, Krankenhausaufenthalte, die Anzahl ambulanter Arztkontakte und der verordneten Medikamente hinzugefügt werden (vgl. Focke et al. 2005, S. 141). Um mögliche Verfälschungen durch statistische Ausreißer zu reduzieren, können Patientengruppen zusammengefasst und mit einer homogenen Gruppe der Regelversorgung verglichen werden.

Zur Ermittlung der Versorgungsqualität können standardmäßig erhobene Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (beispielsweise Mortalität- oder Wiederaufnahmeraten), ebenso netzindividuelle Daten erhoben werden. Ein weiterer Evaluationsansatz ist der Regionenvergleich, der sich anbieten kann, wenn alle Patienten mit entsprechender Indikation aus dieser Region durch ein Netz der Integrierten Versorgung erfasst werden. Der Interventionsregion wird eine in Größe und Struktur adäquate Vergleichsregion gegenübergestellt, in der die Patienten ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung betreut werden (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 45f.). Wenn ein direkter Vergleich aufgrund nicht routinemäßig erfassten Daten oder einer unvollständigen Erhebung von Qualitätsparametern nicht möglich ist, kann auf einen Vergleich mit Referenzwerten der Literatur zurückgegriffen werden. Häufiger Grund für die Wahl des Regionenvergleiches ist, dass der angestrebte direkte Vergleich mit der Regelversorgung aufgrund einer mangelnden Datenlage kaum umsetzbar ist, um hierüber die Über- oder Unterlegenheit der Integrierten Versorgung nachweisen zu können.

2.3 Anreizbildung und Motivation

Unter Pay-for-Performance (P4P) wird die Verknüpfung der Vergütungshöhe mit der Qualität der erbrachten Leistung verstanden. Diese Form der Vergütung wird in den USA, Großbritannien und einigen weiteren Ländern bereits seit einigen Jahren verwendet oder zumindest ein Teil der ärztlichen Honorare an entsprechenden Leistungsparametern ausgerichtet. Pay-for-Performance bezeichnet eine strategische Form der Vergütung. Als Motivation zur nachhaltigen und umfassenden Weiterentwicklung von Qualität und Effizienz in der Versorgungspraxis wird die Vergütung an das durch Kennzahlen

abgebildete Leistungsniveau der Versorger gekoppelt. Somit kann gleichzeitig die hohe Versorgungsqualität und Verbesserung gefördert und schlechte Qualität sanktioniert werden. Unter dem Oberbegriff „**Leistungsorientierte Vergütung**“ können verschiedene Formen unterschieden werden:

- Eine prospektive Form von Vergütung für bestimmte Leistungen (Einzelleistungsvergütung, **Fee-for-Service**).
- Retrospektive Formen, bei denen erst durch Nachweis beziehungsweise Messung der erbrachten Leistung die Vergütung festgelegt wird.
- Bezahlung für die Darlegung und Messung von Versorgungsqualität (Vergütung für Qualitätsdarlegung, **Pay-for-Transparency**).
- Die Vergütung von Strukturen für eine bessere Versorgungsqualität (**Pay-for-Competence**) (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A17f.).

Für verschieden Typen von Versorgungsdefiziten können verschiedene Interventionsinstrumente sinnvoll sein. Viele Projekte arbeiten gleichzeitig mit nicht-finanziellen Anreizen. Das aufwändigere P4P-Instrument sollte erst dann gewählt werden, wenn die Möglichkeiten der anderen Instrumente ausgeschöpft sind (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A13).

P4P stellt die Möglichkeit dar, über finanzielle Anreize in Richtung einer höheren Leistungsqualität zu wirken. Zugrundeliegende Annahme ist, dass eine an der Qualität der erbrachten Leistung orientierte Vergütung leistungssteigernd wirkt. Darüber hinaus verfolgt Pay-for-Performance das Ziel der Leistungssteuerung aller ambulanten und stationären Leistungserbringer im Gesundheitswesen, auch ohne den Zwang, sich vernetzen zu müssen. Für die Leistungserbringer besteht der Anreiz, eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten, die dann zusätzlich vergütet wird. Es stellt sich jedoch die Frage, wie und anhand welcher Kriterien die Leistungsdifferenz ermittelt werden soll, um die höhere Vergütung zu rechtfertigen und woher die hierfür benötigten Mittel kommen sollen (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 158).

Als denkbare Alternative für die Mittelbereitstellung könnten diese aus dem Gesamtbudget herausgerechnet oder zusätzlich bereitgestellt werden. Sollten die benötigten finanziellen Ressourcen zusätzlich durch die Kostenträger bereitgestellt werden, müssten diese davon überzeugt sein, dass die zusätzliche Vergütung auch tatsächlich zeitnah einen höheren Versorgungsnutzen liefert, der dann wiederum die höhere Finanzierung rechtfertigt (vgl.

Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 158). Erhebliche Anfangsprobleme könnten in der vorgesehenen Software begründet liegen, die nicht im erforderlichen Maße auf die Bedürfnisse einer Integrierten Versorgung zugeschnitten ist.

Monetäre Anreize

Nicht allein die monetären Anreize, auch die nachfolgenden Interventionen stellen starke Motivationsfaktoren dar. Vor dem Einsatz monetärer Anreize sollte überprüft werden, ob an dieser Stelle ebenso ein nicht-monetärer Anreiz ausreichend wäre. Es bestehen mehrere Dimensionen des Einflusses finanzieller Interventionen auf die Motivation der Versorgenden zur Qualitätsverbesserung:

- Bonus, Malus und Risikorahmen.
- Herkunft der Geldmittel.
- Differenzierung der Höhe des finanziellen Anreizes.
- Die Auswahl der Bonus- oder Malusempfänger.

Quellen für die Finanzierung von Anreizen (Herkunft der finanziellen Mittel) können folgende sein (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A46):

- **Zusätzliche Mittel:** Die Kostenträger bringen zusätzliche Mittel zur Förderung von hoher Qualität auf, deren Zahlung vom Erfolg der Maßnahme abhängig gemacht werden.
- **Umschichtung der Mittel:** Boni und Maluszahlungen können sich gegeneinander aufheben. Dies kann entweder festgelegt oder dem Verlauf des Projektes überlassen werden. Durch das Engagement der Versorger werden zumeist Boni überwiegen.
- **Finanzierung aus Mitteleinbehaltungen:** Im Rahmen von Rabattverträgen oder generell für Teilnehmer eines Projekts wird ein Teil der Regelvergütung zurückgehalten und dann qualitätsbezogen differenziert an die Teilnehmer zurückgegeben.
- **Shared Savings:** Aufgrund von verbesserter Qualität und erhöhter Effizienz eingesparte Geldmittel werden zwischen Kostenträgern und Versorgern oder innerhalb der Gruppe der Versorger verteilt. Leicht nachweisbare Einsparungen bestehen in der Reduktion der Krankenhauseinweisungen, der ungeplanten Wiederaufnahmen oder in einer Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit (überprüft werden müssen jedoch die mittel- und langfristigen Sekundärauswirkungen).

- **Keine zusätzliche Finanzierung:** Non-Pay-for-Non-Performance Projekte benötigen meist keine zusätzlichen Geldmittel. Der Aufwand der Administration und Dokumentation kann durch die Einsparungen des Non-Payment finanziert werden.

Zuteilung und Differenzierung der Höhe des finanziellen Anreizes (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A46f.):

- **Festbetrag:** Fester Betrag, der vom Qualitätsergebnis des Versorgers unbeeinflusst ist, damit hohe Planbarkeit für den Versorger.
- **Korrelierender Betrag:** Korreliert unmittelbar mit dem Ergebnis eines Qualitätsindikators oder Scores (auf Basis mehrerer Qualitätsindikatoren) und ist direkt durch den Versorger beeinflussbar.
- **Relativer Betrag:** Ist nicht von der Versorgungsqualität abhängig, Parameter für die Höhe können hier das Ranking unter den Teilnehmern oder die Aufteilung von Shared Savings sein.
- **Höhe des Anreizes:** Gängige Relation der möglichen zusätzlichen Vergütung oder des Abschlags vom regulären Budget, variiert zwischen unter 5% und größer/gleich 5% der regulären Vergütung.

Bei der **Auswahl und Differenzierung der Bonus- und Malusempfänger** ist Voraussetzung, dass die Messeigenschaften der Performanceindikatoren mit dem Verfahren zur Differenzierung der Belohnten kompatibel sind (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A47f.):

- **Zielforderung:** Versorger müssen direkt mit dem erreichten Indikatorergebnis korrelieren.
- **Schwellenforderung:** Die Belohnung ist an das Erreichen oder Übersteigen eines bestimmten Schwellenwertes des Qualitätsindikators gekoppelt.
- **Relative Schwelle:** Das Erreichen einer relativen Schwelle definiert gute Qualität (Perzentilwerte, z.B. die Besten 5% erhalten den größten Bonus).
- **Anreiz für Verbesserung:** Bezieht die Verbesserungsdynamik ein.
- **Kombination von Verbesserung und guter Qualität:** Kombination der Förderung der Verbesserung über die Zeit mit Schwellenwertverfahren.

Zeitliche und persönliche Zuordenbarkeit von Performance und Qualität (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A49):

- **Persönliche Zuordenbarkeit:** Zahlungen können unmittelbar an diejenigen Versorgenden erfolgen, die die Patientenversorgung durchführen oder können an mehrere Einrichtungen kollektiv zugewiesen werden. Die Zuweisung von Anreizen an Einzelne bewirkt eine andere Dynamik als die Zuweisung an Gruppen (Stärkung von Teamgefühl und Kooperation). Qualität kann vielfach erst durch das Zusammenwirken mehrerer Versorgender erreichbar werden.
- **Zeitliche Zuordenbarkeit:** Bei langen Latenzen zwischen Versorgung und Qualitätsmessung (gewährtem Bonus/Malus) nimmt die Motivationswirkung ab. Der Zusammenhang zwischen aktueller Performance und erhaltenem Anreiz wird schwächer. Die Situation beim Versorger und externe Rahmenbedingungen können sich zwischenzeitlich geändert haben.

Nicht-Monetäre Anreize können folgende sein (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A50):

- Edukation.
- Reminder.
- Benchmark mit Feed-back.
- Public disclosure/Public-Reporting.
- Fixe Abläufe/forcing function.
- Anreize für Patienten.

Als indirekter finanzieller Anreiz kann auch eine vermehrte Lenkung von Patienten zu bestimmten Versorgern durch die Krankenkassen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A50) oder die Gewährleistung nach OP gewertet werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A23).

2.4 Zeitdimension der Ergebnisse

Ogleich sich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich durch den guten Zugang zur Gesundheitsversorgung, einen umfassenden Leistungskatalog und hohen Versorgungsstandard auszeichnet, besteht ein Verbesserungspotential für die wachsende Anzahl chronisch erkrankter Menschen. Durch integrierte Versorgungsstrukturen, mehr Koordination und Kooperation, könnte die Qualität der Gesundheitsversorgung nachhaltig

erhöht werden. Eine internationale Erhebung des Commonwealth Fund stellte heraus, dass in der allgemeinärztlichen Versorgung in deutschen Arztpraxen im Vergleich zu anderen Ländern in der Therapie chronisch Erkrankter Leitlinien deutlich seltener angewandt werden. Vorhandene Qualitätsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung bei den großen Volkskrankheiten wurzeln nach Ansicht des Sachverständigenrates³ häufig in Koordinationsdefiziten, die wiederum mit mangelnder Transparenz, unzureichendem Wettbewerb und inadäquaten Anreizsystemen einhergehen (vgl. Grote Westrick 2010/I, in: Grote Westrick, Schwenk 2010, S. 10ff.). Das US-amerikanische Ärzteblatt „Journal of the American Medical Association“ bestätigt in einer zu Beginn des Jahres 2012 veröffentlichten Untersuchung, dass die ökonomisch attraktiv erscheinende Verkürzung der stationären Behandlungszeiten nicht unbegrenzt sinnvoll sei, da sie nachgewiesenermaßen zu vermehrten Komplikationen und Wiederaufnahmen innerhalb eines Monats nach Entlassung führen kann (vgl. Holst 2012, in: Forum Gesundheitspolitik 2013, S. 2f.).

Chronische Erkrankungen, die zu den großen Kostentreibern des Gesundheitssystems zählen, erzeugen hohe Kosten hinsichtlich der Arzneimittel, Arztbesuche und Hospitalisierungen. Ein neuer Weg für die Krankenhäuser wäre, sich als Gesamtdienstleister für Gesundheitsfragen in der Region zu etablieren. Als zentrale Anlaufstelle für die Koordination und Organisation von Gesundheits- und Serviceleistungen könnte das Krankenhaus als regionaler Gatekeeper eine Lotsenfunktion einnehmen. Um Effizienzreserven auszuschöpfen, ist die enge Kooperation von ambulanten und stationären Leistungserbringern unabdingbar. Sie dient der Absicherung intersektoraler Qualität eines Care und Case Managements, das den Patienten entlang des gesamten Behandlungsprozesses begleitet. Eine einrichtungsübergreifende Informationsinfrastruktur kann die intersektorale Kooperation mit den anderen am Versorgungsprozess beteiligten Leistungserbringern fördern. Schnittstellen- und Koordinationsprobleme können reduziert, erhebliche Kosten aufgrund niedriger Transaktionskosten bei der Übermittlung von Informationen eingespart werden (vgl. Helms, Schoene 2013, S. 22ff.). Das Ziel einer patientenzentrierten, netzwerkorientierten Versorgung erfordert klare, verbindliche Leitlinien und Prozesse (vgl. Schultz, Svoboda,

³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).

Labitzke 2013, S. 10). Patient und Einweiser werden stärker an das Krankenhaus angebunden, die Wettbewerbsposition in der Region kann gestärkt werden.

Im Bereich von chronischen Erkrankungen sind Ergebnisse häufig erst sehr langfristig beurteilbar. Beiträge zur Verringerung der Unterversorgung und zur Erhöhung der Versorgungsqualität sind wesentliche Erfolgsindikatoren, desgleichen die Sicherstellung langfristiger Behandlungskonzepte, die Multimorbidität und Komorbidität berücksichtigen sowie eine berufsfeldübergreifende Verbesserung von Kooperation und Kommunikation (vgl. Amelung 2010, S. 30). Zielführend wird die Betrachtung langfristiger Behandlungskonzepte. Das QSR-Verfahren⁴ „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“ wird seit 2002 zur Qualitätsmessung entwickelt und misst neben der Prozess-, Struktur und Ergebnisqualität auch die Langzeitqualität von Krankenhäusern (vgl. Günsther et al. 5/2008, S. 507). Datengrundlage bilden die bundesweiten Abrechnungsdaten gemäß dem Datenaustauschverfahren nach §301 SGBV, der Datensatz enthält Informationen zum Zeitraum der Behandlung, den Diagnosen und Prozeduren sowie den in Rechnung gestellten Leistungen nach DRGs.

Ausgangspunkt ist die Ersterkrankung, die zu einem Krankenhausaufenthalt geführt hat, der Fall wird über einen längeren Zeitraum verfolgt. Innerhalb einer bestimmten Frist werden nachfolgende stationäre Aufenthalte sowie spätere Behandlungsepisoden registriert, mit dem Erstaufenthalt verknüpft und der Vitalstatus des Patienten anhand von Stammdaten fortgeschrieben. Daten bezüglich der Ergebnisqualität werden dem Krankenhaus zugeordnet, das den Patienten zuerst stationär versorgt hat. Ermöglicht wird eine risikoadjustierte Messung von Ergebnisqualität über einen längeren Zeitraum hinweg (z.B. eine Ein-Jahres-Sterblichkeitsquote). Bei elektiven Eingriffen können Revisionsraten über einen längeren Zeitraum gemessen werden, so dass bei Verwendung des QSR-Verfahrens mit Zu- und Abschlügen gearbeitet werden kann (vgl. Keller 2011, S. 49f.).

Die Verkürzungen der Verweildauer machen die Erfassung von Krankheitsverläufen über einen längeren Zeitraum unverzichtbar (vgl. Keller 2011, S. 50). Obwohl Krankenhäuser beispielsweise bei der Behandlung von Herzinsuffizienz eine geringe Krankenhaussterblichkeit ausweisen, kann ihr Anteil bei der 90-Tage-Sterblichkeitsquote

⁴ Das QSR-Verfahren wird im Gemeinschaftsprojekt vom AOK-Bundesverband, dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt (FEISA) und den Helios Kliniken GmbH entwickelt.

im Verhältnis zu anderen Häusern hoch liegen. Die Möglichkeit der Umsetzung eines wirksamen ergebnisorientierten Qualitätsmanagements, muss sowohl die Qualität während des Aufenthalts im Krankenhaus, als auch die Ergebnisqualität nach erfolgter Behandlung beliebig lange messen können.

Unter Steuerung von Seiten des Krankenhauses können vier verschiedene **Dimensionen der Vergütungsentwicklung** betrachtet werden:

- Bisherige Vergütung/Kosten ohne Integrierte Versorgung (DRG/EBM).
- Vergütung/Kosten des Integrierten Versorgungskonzeptes.
- Zukünftige Vergütung/Kosten Pay-for-Performance Ansatz.
- Vergütung/Kosten bei einer regionalen Ausweitung (Übertragbarkeit des Systems, auch auf andere chronische Erkrankungen).

Die Laufzeit des zugrundeliegenden Vertrags ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg des Projektes. Hier zeichnet sich ein Zielkonflikt ab (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 156f.). Einerseits lässt sich aufgrund der hohen Fluktuation gesetzgeberischer Maßnahmen eine zuverlässige langfristige Ergebnisplanung nur in Grenzen vornehmen. Andererseits können sich die hohen Investitionen erst nach längerer Zeit oder auch nach mehreren Jahren amortisieren. Der Aufbau entsprechender Strukturen benötigt Zeit. Die ersten erfolgswirksamen medizinischen Effekte werden erst mit einiger Zeitverzögerung spürbar.

Der Aufwand der integrierten Versorgung lohnt sich wirtschaftlich nur, wenn über die Erhöhung der Fallzahlen Skaleneffekte und Effizienzsteigerungen erreicht werden können (vgl. Gabriel 2007, S. 348). Die Attraktivität aus Sicht des Patienten wird durch Leistungs-, Qualitäts-, Komfort- und Finanz-Anreize (wie z.B. Prämienzahlungen, Ermäßigungen bei Medikamentenzuzahlungen und Hilfsmittelversorgung) erhöht. Voraussetzung ist, dass neben einer Verbesserung der Ergebnisqualität auch Kostenersparnisse in dem Maße generiert werden, dass das Ziel eines selbsttragenden Netzes nicht gefährdet wird (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 40). Vermiedene Kosten können die Krankenhauskosten, Kosten der Rehabilitation oder der ambulanten Behandlung (Spezialist, Facharzt, Hausarzt) betreffen, sowie hohe Verwaltungskosten, vermiedene Krankheitstage (Arbeitsunfähigkeitstage, Berentungen) und zusätzliche Medikamentenkosten. Non-finanzielle Anreize sollten vor finanziellen Anreizen gewählt werden.

Dimensionen von Kostenreduktion können somit folgende sein:

- Direkte Kostenreduktion für die Kostenträger.
- Für Krankenkassen.
- Für Rentenversicherungsträger.
- Kosten für die Gesellschaft.

Indirekte Kosten wie beispielsweise Folgekosten für Einkommensverluste des Versicherten bei Arbeitsunfähigkeit oder ein Produktivitätsausfall als gesamtwirtschaftlicher Schaden (z.B. die Mortalität betreffend) werden auf Grund mangelnder Praktikabilität und Bedeutung für die Krankenkasse vernachlässigt (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 39).

2.5 Probleme/Risikofaktoren für P4P-Modelle

Jede Vergütungsfunktion hat spezifische Anreize. Diese können erwünscht sein, in einigen Fällen jedoch auch zu unerwünschten Folgen, sogenannten Adversen Effekten führen. Das strategische Verhalten der Versorger, die versuchen, die Schwächen des Vergütungssystems optimal für sich zu nutzen, wird als „Gaming“ bezeichnet (vgl. Neumann et al. 2013, S. 70). Wenn adverses Verhalten erkannt wird, lässt sich dessen Wirkung in der Regel verringern oder ausschließen.

Da schwerkranke Patienten eine Gefahr für die Ergebnisqualität der Abteilung darstellen, besteht die Gefahr, dass hier Selektionseffekte auftreten. Adverse Effekte müssen durch eine geeignete Risikoadjustierung aufgefangen werden, um nicht zu Fehlbeurteilungen der Qualität zu führen. Wenn nur ein kleiner Teil des gesamten Leistungsspektrums gemessen und gegebenenfalls mit Sanktionen bewertet wird, wird diesem eine hohe Aufmerksamkeit zuteil. Nicht gemessene Bereiche könnten vernachlässigt werden und als Folge nun dort Qualitätsprobleme auftreten. Kontinuierlich durchgeführte Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Maßnahmen und die regelmäßige Ergänzung neuer Indikatoren, könnten auf bisher noch nicht abgedeckte Bereiche fokussieren (vgl. Neumann et al. 2013, S. 70ff.). Manipulierte Dokumentationen sind identifizierbar und überprüfbar. Sie können als Nichterreichen des Mindeststandards durch das Krankenhaus gewertet werden. Aufwandsverlagerungen oder „intersektorale Verschiebungen“ von Patienten in andere Sektoren (Reha, ambulanter Bereich, Pflegebereich) könnten durch eine sensible Indikatorenauswahl und Risikoadjustierung weitgehend vermieden werden. Ebenso medizinische Fehlanreize durch Indikatoren, die eine übermäßige Verschreibung von

Antibiotika oder das Unterlassen riskanter, aber medizinisch indizierter Leistungen - zur Vermeidung potenzieller Komplikationen - zur Folge haben („defensive medicine“), benötigen als Gegenmaßnahme eine abgestimmte, sensible Indikatorenauswahl und eine funktionierende Risikoadjustierung. Um Gewöhnungseffekten entgegen zu wirken, können neue geeignete Indikatoren ergänzt oder Mindeststandards angehoben werden. Wenn Mindeststandards zu hoch angesetzt wurden, sollte deren Überprüfung und korrekte Anpassung erfolgen. Bei Krankenhäusern mit Qualitätsproblemen wäre es erwünschter Effekt, wenn durch neue Vorgaben mit Qualitätsindikatoren belegte Leistungen nicht mehr erbracht würden.

Vermeidung von Adversen Effekten durch (vgl. Neumann et al. (2013), S. 73):

- Aufbau und Anpassung an bereits bestehende Verfahren und Gesetzesgrundlagen.
- Risikoadjustierung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren (Vergleichbarkeit, Vermeidung von Patienten- und Maßnahmenselktionen).
- Angemessene Höhe der Mindeststandards und angemessene Anpassung im Zeitverlauf.
- Die Verhältnismäßigkeit zwischen Verfehlung und Sanktion wahren.
- Umfassende und verbindliche externe Dokumentationskontrollen.
- Die Prüfung von flankierenden Indikatoren und Leitlinienimplementationen, um eine zu starke Konzentration auf beobachtete Bereiche auszuschließen.
- Verfahrenstransparenz gegenüber der Öffentlichkeit (die Sanktionierung von Verhaltensweisen, die als illegitim bezeichnet werden).

Kritischster Erfolgsfaktor für P4P ist die Akzeptanz bei den Versorgern. Um eine Verbesserung zu erzielen, muss die Versorgung geändert werden. Dies kann nur gelingen, wenn eine primäre Motivation zu Grunde liegt, die von finanziellen Anreizen nicht ersetzt werden kann.

Folgende Faktoren sind für die **Akzeptanz von P4P-Programmen** von zentraler Bedeutung (vgl. Meterko et al. 2006, in: BQS-Institut 2012, Teil C, S. C62f.):

- Das Programm muss verstanden werden, Problembewusstsein vorhanden sein (Transparenz für die Versorger).
- Relevanz der Qualitätsziele, Versorgende müssen sich mit den evidenzbasierten Zielen identifizieren können (bewährte Indikationen, anerkannte Ziele).

- Bedeutsamkeit des finanziellen Anreizes, in Bezug zum Aufwand und gegebenenfalls zum Risiko von Abschlägen (Anreizhöhe 5-10%, niedriges finanzielles Risiko).
- Verfügbarkeit der für die Umsetzung der Verbesserungen nötigen Ressourcen (inhaltlicher und organisatorischer Art, z.B. Bereitstellung von Leitlinien und Ablaufplänen, sowie praktisch technische Unterstützung, z.B. bei der Dokumentation).
- Fairness, z.B. in Form einer adäquaten Risikoadjustierung (Beteiligung aller Versorger an der Gestaltung des P4P-Modells).
- Nützlichkeit des Feed-backs für die Versorgenden.
- Verwendung detaillierter relevanter Daten aus dem Behandlungsablauf (Behandlungsdaten).
- Mögliche unerwünschte Konsequenzen vermeiden, z.B. die Vernachlässigung der Versorgungsbereiche, die nicht durch Anreize gefördert werden.

Um Risikoselektionsstrategien zu vermeiden und in einem neuen Wettbewerbsumfeld Versorgungseffizienz sinnvoll anzureizen, müsste im Sinne einer Systemrationalität die Versorgungsverantwortung für alle Versicherten der betreffenden Krankenkasse in einer definierten Region übernommen werden, unabhängig davon ob diese sich in das Modell einschreiben oder nicht (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 157).

2.6 P4P als Weg zur Behebung medizinischer Dienstleistungsprobleme bei den chronischen Erkrankungen

„Hilft es dem Patienten und der Krankenkasse, wenn eine Einzelleistung durch den Wettbewerb um 20% billiger wird, aber diese Leistung gar keinen Gesundheitsnutzen produziert oder, noch schlimmer, die Anzahl der durchgeführten Leistungen ohne gleichzeitigen Nutzen um 20% steigt?“ (Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 154).

Aufgabe eines Vergütungssystems muss es sein, die richtigen Anreize für erwünschtes Verhalten zu setzen. Als hauptsächliche Zielsetzungen des DRG-Systems werden heute die Transparenzverbesserung der in Krankenhäusern erbrachten Leistungen und die Anreizsetzung für eine effiziente Ressourcenverwendung in den Krankenhäusern gesehen

(vgl. Geissler et al. 2011a, S. 10). Da das DRG-System nur eine geringe Einbindung von Qualitätsorientierung aufweist, entstehen hier nur geringe Verbesserungsanreize für die Ärzte (vgl. Emmert 2008, S. 76).

Zusätzlich vergütet werden beispielsweise hohe Beatmungsstunden sowie Komplikationen. Ansätze zur Förderung von Qualitätsverbesserung bestehen in der Fallzusammenführung (einer „Nichtbezahlung“ von Wiedereinweisungen) und in den Strukturvorgaben für abrechnungsrelevante OPS-Ziffern (Komplexeleistungen) (vgl. Mansky, Seeger 2011, S. 195). Da keine expliziten Qualitätsanpassungen durchgeführt werden, besteht das Risiko, dass für den Zweck der Kostenreduktion pro Fall die Qualität der Leistung nicht in den Vordergrund gestellt wird (vgl. Or/Häkkinen 2011, S. 115). Durch die hohe Datendichte und stabile Qualität der Abrechnungsdaten der DRG-Vergütung könnten diese jedoch zu neuen Qualitätsmessungen auf Basis von Routinedaten und darüber für die Umsetzung einer qualitätsorientierten Vergütung genutzt werden (vgl. Seeger 2013, S. 106). Da für die Wirksamkeit von finanziellen Anreizen Veränderungen in der Ablauf- und Aufbauorganisation des Leistungserbringers und Verhaltensänderungen des medizinischen Personals notwendig werden, könnte die Umsetzung im Rahmen eines Qualitätsmanagements und innerhalb der Konzepte eines PDCA-Zyklus (siehe Anhang 2) oder eines Change Management Prozesses erfolgen (vgl. Seeger 2013, S. 110).

Im ambulanten Bereich könnte die Organisation einer verbesserten Prävention von Folgeerkrankungen bei einem Chroniker entsprechend honoriert werden, vor allem wenn dieser nur schwer führbar ist. Im stationären Bereich könnte die mit dem Krankenhausaufenthalt verbundene Kompetenzstärkung des Patienten, mit seiner Erkrankung bestmöglich umzugehen oder auch die verbesserte Mobilisation und Wiedereingliederung in das Berufsleben nach Abschluss der Behandlung entsprechend honoriert werden (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 155).

Da die sektorale Budgetierung nur zu einer sektoroptimalen Allokation der finanziellen Mittel beziehungsweise Leistungserbringung führen kann, ist die (zumindest virtuelle) Abkehr von vormals getrennten Budgets erforderlich, um hierüber die gemeinsame Ergebnisverantwortung der unterschiedlichen Sektoren umsetzen zu können. Damit die Sektoren ein Interesse daran haben, auch Leistungen des jeweils anderen Sektors zu übernehmen, muss eine Vergütung der sektorenübergreifenden Versorgung folgen. Bei einem gemeinsamen Budget für alle Sektoren (das auch durch virtuelle Nachrechnung im

jeweiligen Folgejahr kalkuliert werden kann), wird der Gesundheitszustand des Patienten zur ökonomischen Zielgröße (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 156). Priorität erhalten Prävention, der optimale und frühzeitige Einsatz niederschwelliger Versorgungsangebote bei Substitution aufwändiger Höchstleistungsversorgung und die bessere Koordinierung der sektorübergreifenden Versorgungsprozesse.

Vor Einführung eines P4P-Systems müssen die strategischen Ziele geklärt, gesetzt und die Prozessindikatoren problemorientiert ausgewählt worden sein (vgl. Schrappe 2015, S. 351). Schwerpunktbildungen und Spezialisierungen eines Krankenhauses oder die Inbetriebnahme eines neuen Fachgebietes im MVZ könnten Ausgangspunkte für die Entwicklung eines integrierten Versorgungsnetzes für ein ausgewähltes chronisches Krankheitsbild sein. Von Seiten der Krankenkasse könnten vorhandene Versorgungsdefizite regional differenziert aufgezeigt und im Gespräch mit den Krankenhäusern entsprechende Veränderungen initiiert werden. Bei einem auffallend hohen Anstieg der Ausgaben für ein bestimmtes Krankheitsbild oder in einer bestimmten Region könnte sich eine Prozessinnovation anbieten und die Analyse der Versorgungsstrukturen erfordern. Wegweisend könnte ein während des gesamten Entwicklungszyklus der Innovation etabliertes Regelungsverfahren sein, das bereits zu Beginn Patientensicherheit und Nutzen in den Vordergrund stellt und flankierend durch Maßnahmen der Qualitätssicherung unterstützt wird (vgl. Greiner et al. 2013, S. 37f.).

Da Selektivverträge die Möglichkeit zur Vereinbarung einer vertragsspezifischen Vergütung bieten, könnte als weitere Option eine qualitätsorientierte variable Vergütung mit Umsetzung von Ergebnis- und Prozessqualität ausgehandelt werden. Ansätze zur qualitätsorientierten Vergütung und Ergebnisqualität bieten sich nach §§73a-c SGBV sowie in der integrierten Versorgung nach §§140ff SGBV (vgl. Meyer-Hofmann et al. 2012, S. 17). Nur wenn IV-Verträge und deren Qualitätsaspekte ein Konsequenzenmanagement zur Folge haben und Indikatorenergebnisse sowie Gewährleistungsfälle der IV-Patienten in der Qualitätssicherung separat ausgewiesen werden, ist eine kontinuierliche effektive Qualitätssteuerung für die IV-Patienten möglich und nachweisbar (vgl. Seeger (2013), S. 208f.). Durch Teilhabe der Versorgenden an den durch die effizienzorientierte Versorgungssteuerung erzielten Einsparungen (Shared-Savings, Umverteilung) wird die Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen gefördert. Kostenrelevante Ereignisse, die zudem als Qualitätsindikatoren dienen können (die

Vermeidung von stationärer Aufnahme und Wiederaufnahme, Remissionszeiten, Zeiten bis zur Reintegration in das Arbeitsleben) können gemessen und durch Finanzierung des Mehraufwands der Wandel von Versorgungsstrukturen unterstützt werden.

Eine P4P-Vergütung kann dazu beitragen, dass weniger Fälle stationär durchgeführt werden müssten, da der Gesamtprozess und die Gesamtbehandlungsqualität stärker in den Vordergrund gestellt würden. Aufgrund der externen Systemvorgaben und Anreizwirkungen müsste sich die strategische Ausrichtung nicht mehr vorwiegend auf Fallzahlen und Bewertungsrelationen fokussieren. Im Vordergrund stünde die Frage, wie Qualität gemessen, wirtschaftlich bewertet und kontrolliert werden könnte. Eine höhere Relevanz könnte ebenso entstehen, wenn alle Krankenkassen gemeinsam einen IV-Vertrag mit gleichen Indikatoren und Vergütungsfunktionen umsetzen würden, was einer kollektivvertraglichen Regelung nahekommen würde (vgl. Seeger 2013, S. 212).

Aufgabe eines P4P-Konzeptes ist es, sich mit den Konsequenzen aus der Principal-Agent-Theorie⁵ und den Überschneidungen zur Einzelleistungsvergütung auseinanderzusetzen. Die Einzelleistung ist überlegen, wenn es sich um gut bekannte, wissenschaftlich abgesicherte Prozessindikatoren handelt (wie z.B. den bereits festgeschriebenen Leistungen aus dem Bereich der evidenzbasierten Medizin). Bei der Einzelleistungsvergütung und den DRGs bestehen hohe Opportunitätskosten und niedrige Grenzkosten, die Höhe der P4P-Vergütung müsste entsprechend hoch angesetzt werden. P4P kann deshalb nur als sinnvoll angesehen werden, wenn eine Informationsasymmetrie besteht und damit das eigentliche Wissen um die Gestaltung der qualitativ angestrebten Leistung bei den Leistungserbringern liegt. Beispiele hierfür können Indikatoren aus dem Grenzbereich zwischen Ergebnis- und Prozessindikatoren, die Prävention vermeidbarer Komplikationen bei der Behandlung chronischer oder Mehrfacherkrankungen oder prozessuale Patientensicherheitsindikatoren darstellen. Informationsasymmetrie besteht ebenso für die Ergebnisindikatoren, stellt hier jedoch ein geringeres Problem dar, es besteht vielmehr die Problematik der Risikoselektion. Strukturindikatoren könnten einen Investitionszuschuss zur Folge haben (vgl. Schrappe 2015, S. 343f.).

⁵ Die Theorie besagt, dass der Beauftragte (Agent) gegenüber dem Auftraggeber (Principal) normalerweise über einen Wissensvorsprung verfügt. Es besteht Informationsasymmetrie, die entweder zu Gunsten oder zu Ungunsten des Auftraggebers eingesetzt und für die Ausgestaltung von Verträgen genutzt werden kann.

Um der im deutschen Gesundheitssystem herrschenden Orientierung an Mengen und (operativ behandelten) Akuterkrankungen begegnen zu können und Koordinationsdefizite durch die ausgeprägte Sektorierung zu vermindern, müssen Prozessindikatoren identifiziert werden, die keiner Risikoselektion bedürfen und die Informationsasymmetrie nicht aufheben. Diese könnten zukünftig für die Versorgung chronisch und mehrfach Erkrankter von Bedeutung sein (vgl. Schrappe 2015, S. 351). Die Wahl von Indikatoren mit Vorhersagefunktion erfordert eine strategische Problemanalyse, die sich an zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitssystems orientieren sollte (vgl. Schrappe 2015, S. 334). Eine umfassende Qualitätsstrategie muss auf dem Hintergrund des gesamten Gesundheitswesens entwickelt und umgesetzt werden und sollte sich dabei an fünf **Qualitätszielen** ausrichten (Schrappe 2015, S. 309):

- Qualitäts- statt Mengenorientierung (und Indikationsausweitung).
- Orientierung an chronischen Mehrfacherkrankungen älterer Menschen.
- Integration und Koordination (Aufhebung der Sektorierung).
- Prävention statt Erkrankungsbezug.
- Patienten- statt Anbieterorientierung.

Ein daraus entwickelter **Orientierungsrahmen** müsste die folgenden Dimensionen umfassen (vgl. Schrappe 2015, S. 310):

- Die **Morbiditätsdimension** (Versorgung und Krankheitsprävention einer älter werdenden Bevölkerung mit chronischen Mehrfacherkrankungen).
- Die **Integrationsdimension** (die bessere Koordination und den Abbau der Sektorierung bei erhaltenem Zugang zur Versorgung).
- **Qualitätsdimension** (die unterschiedlichen Perspektiven der Betroffenen unter besonderer Beachtung der Einheit der klassischen Qualitätssicherung, des Nutzens und der Patientenorientierung).

Eine zielführende Honorierung sollte die wirkungsvolle Betreuung und Behandlung chronisch kranker Patienten an Zielerreichungs- bzw. Qualitätsparametern orientieren. Das dominierende System der Einzelleistungsvergütung kann vor dem Hintergrund eines längeren Lebens mit wachsender Chronifizierung zu schlechteren, da unkoordinierten Behandlungsergebnissen und zu nicht indizierten Mengenausweitungen führen. Aktualität und Wechsel der Indikatoren werden als besonders wichtig angesehen. Bei der monetären

Koppelung der P4P-Vergütung müssten ebenso „poor performer“⁶ einen realistischen Anreiz zur Qualitätsverbesserung haben. Neben der relativen Position sollten die relative Verbesserung und gestaffelte Grenzwerte miteinander kombiniert werden. Die Höhe der P4P-Zahlungen muss Opportunitäts- und Grenzkosten im DRG-System, den Messaufwand und die Diskontierung berücksichtigen und hängt stark von der Art des dominierenden DRG-Systems ab (vgl. Schrappe 2014, S. 342). Ein wirkungsvolles Management der chronischen Erkrankungen kann nur in integrierten, kooperierenden, koordinierten und sektorenübergreifenden Modellen erfolgreich sein (vgl. Kloepfer 2014, S. 23).

2.7 Rechtliche Voraussetzungen für die Umsetzung von P4P

Die Verlagerung von Fällen des stationären in den ambulanten Bereich erfordert die Berücksichtigung bestehender Budget- und Abrechnungssysteme zwischen den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern (vgl. Lungen, Rath 2010, S. 167). Für Krankenhäuser stellt sich die Frage, welche derzeit noch stationär erbrachten Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich des Krankenhauses verschoben werden könnten und welche derzeit ambulant durch die Vertragsärzte erbrachten Leistungen sich zukünftig potentiell im Krankenhaus erbringen lassen (s. Anh. 1). Leistungen der ambulanten Versorgung können in vielfältiger Form im Krankenhaus angeboten werden. Es gilt das Subsidiaritätsprinzip (vgl. Münzel, Zeiler 2008, S. 71).

Abb. 1: Rechtskonstruktionen für die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser

Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V)
Teilstationäre Behandlung (§ 39 SGB V)
Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V)
Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
Ermächtigungen, inklusive Notfallbehandlungen (§ 116ff. SGB V)
Ambulante Versorgung bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)
Behandlung im Rahmen sektorübergreifender Programme wie Disease Management (§ 116b SGB V Absatz 1) und integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V)

Quelle: Leber 2010, § 115x: Spezialärztliche Versorgung, S. 574.

⁶ Schwächere Anbieter, die größere Qualitätsprobleme oder eine schwierige finanzielle Ausgangssituation zu bewältigen haben. Auch kleinere Häuser, die sich am Markt nur schwer gegenüber den bereits sicherer positionierten starken Konkurrenten behaupten können.

Gesetzliche Regelungen zu Qualität und Vergütung

Modellvorhaben, §§ 63ff. SGBV

Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, berechtigt § 63 Abs.1 SGBV die Krankenkassen, Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchzuführen oder zu vereinbaren. Modellvorhaben können auf längstens 8 Jahre befristet werden, nach Maßgabe des § 63 SGBV kann im Rahmen dieser Modellvorhaben von den geltenden Bestimmungen des SGBV abgewichen werden. Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben, sowie Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten, sind in der Satzung der Krankenkasse festzulegen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil E, S. 8).

Gemäß § 64 SGBV können zur Umsetzung der Modellvorhaben Vereinbarungen mit den Leistungserbringern geschlossen werden, die zudem Vorgaben für die zu erreichenden Ergebnisse enthalten können (vgl. BQS-Institut 2012, Teil E, S. 8). Den Krankenkassen steht grundsätzlich offen, den Inhalt der Modellvorhaben zu bestimmen. Es besteht damit ein Spielraum, auch P4P-Instrumente einzuführen und darüber einen Zusammenhang zwischen Leistung und Vergütung herzustellen.

Strukturverträge nach § 73a SGBV

eröffnen die Möglichkeit, dem Hausarzt oder einem Verbund haus- und fachärztlicher Vertragsärzte die Verantwortung über die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Vertragsärztlichen Versorgung zu übertragen. Neben Vorgaben zu Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung kann das Budget für die Leistungen vereinbart werden. Strukturverträge nach § 73a SGBV können sowohl die Zugangs- als auch die Ergebnisqualität regeln und sind grundsätzlich geeignet, P4P-Instrumente umzusetzen, indem diese in die Verträge integriert werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil E, S. 9).

Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGBV

verpflichtet die Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Der Hausarzt muss an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie teilnehmen und evidenzbasierte praxiserprobte Leitlinien befolgen, Fortbildungspflichten erfüllen sowie ein besonderes Qualitätsmanagement einhalten (vgl. BQS-Institut 2012,

Teil E, S. 9f.). Durch die verpflichtende Integration von Qualitätsanforderungen in den abzuschließenden Verträgen, können diese gegebenenfalls zu P4P Instrumenten weiterentwickelt werden.

Besondere ambulante ärztliche Versorgung/Selektivverträge gemäß § 73c SGBV

eröffnen die Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen über die besondere ärztliche Versorgung (vgl. BQS-Institut 2012, Teil E, S. 10). Der Versorgungsauftrag der Selektivverträge kann die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung sowie einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Die Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschuss und der Bundesmantelverträge im Hinblick auf personelle und sächliche Qualitätsanforderungen stellen lediglich Mindestvoraussetzungen dar. Die ergänzenden Qualitätsanforderungen und die Vergütung sollten in den Selektivverträgen vereinbart werden.

Integrierte Versorgung gemäß § 140a ff SGBV

bietet Spielräume, um Qualität und Vergütung in ein Verhältnis zueinander zu setzen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil E, S. 15f.). Die Versorgung von Versicherten kann, bezogen auf bestimmte räumliche, fachliche oder persönliche Anwendungsbereiche, vertraglich zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern neu geregelt werden, der reguläre Sicherstellungsauftrag ist eingeschränkt. Vereinbart werden können die leistungssektorenübergreifende Versorgung sowie eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung. In den Verträgen können zusätzliche Qualitätsanforderungen formuliert und von einer besonderen Vergütung abhängig gemacht werden. Sowohl für die Prozess- als auch die Ergebnisqualität könnten vertraglich P4P-Instrumente vereinbart und entsprechende Maßnahmen entwickelt werden.

Kollektivverträge

sind grundsätzlich im Gesundheitssystem üblich, enthalten flächendeckende vertragliche Vereinbarungen und Regelungen und gelten verbindlich für ein gesamtes Kollektiv. Sie werden somit nicht zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern geschlossen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil E, S. 18f.). In den Gesamtverträgen auf Landesebene vereinbaren Krankenkassen und die kassenärztliche Vereinigung die Höhe der Gesamtvergütung für die vertragsärztlichen Leistungen.

Selektivverträge

können bei der integrierten Versorgung gem. § 140a SGBV und der hausärztlichen Versorgung gem. § 73b SGBV mit einzelnen Leistungserbringern abgeschlossen werden. Durch individuelle Vertragsgestaltung bietet sich im Gegensatz zu den Kollektivverträgen hier ein größerer Spielraum, der beispielsweise mit einer qualitätsorientierten Vergütung verbunden werden könnte (vgl. BQS-Institut 2012, Teil E, S. 19).

Mit den Instrumenten der Modellvorhaben (§§ 63ff. SGBV), Strukturverträge (§ 73a SGBV), Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGBV), Selektivverträge (§73c SGBV) und der Integrierten Versorgung (§§ 140ff. SGBV) bestehen bereits mehrere Möglichkeiten, P4P-Instrumente außerhalb des regulären Sicherstellungsauftrags umzusetzen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil E, S. 17). Vertragliche Vereinbarungen zum Leistungsspektrum, Qualitätsanforderungen und Vergütung können gesondert geregelt werden. Vertragliche Spielräume beschränken sich nicht nur auf die Zugangsqualität, sondern können ebenso die Ergebnisqualität erfassen und im Rahmen eines Selektivvertrags zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern ausgehandelt werden.

2.8 Politischer Hintergrund und Akzeptanz

National wie international stützen sich P4P-Projekte im Wesentlichen auf praktische Erfahrungen und Erwartungen, weniger auf wissenschaftliche Evidenz. In Deutschland führen P4P-Projekte ein Nischendasein, einzelne Projekte wurden mit bisher nur mäßigem Erfolg realisiert. Angesichts der absehbaren und bereits erreichten Grenzen der bisherigen Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen bedarf es dringend alternativer Möglichkeiten und Konzepte. P4P zählt aus Sicht etlicher Experten als ein möglicher Weg für eine positive Weiterentwicklung im Gesundheitswesen. Erste Erfahrungen zeigten jedoch, dass die Umsetzung komplexer ist, als es zunächst den Anschein hatte (vgl. BQS-Institut 2012, S. C77/77).

Schon heute ermöglichen die derzeitigen politischen Rahmenbedingungen die Realisierung von P4P-Projekten im selektivvertraglichen Bereich. Erste Ansätze bestehen auch im kollektivvertraglichen Bereich, diese werden bereits von einigen Kostenträgern und Versorgern genutzt und sollen zukünftig weiter ausgebaut werden (vgl. BQS-Institut 2012, S. C74/77). P4P kann sein Potential nur dann richtig entfalten, wenn politisch klar

signalisiert wird, dass diese Form des finanziell differenzierenden Umgangs gewollt und als notwendig erachtet wird. Wenn klare Perspektiven bestehen, wird prognostiziert, dass auch viele Leistungsanbieter im Gesundheitswesen diese ergreifen werden. Wesentlich für alle Beteiligten ist die Sicherstellung einer Stabilität von Rahmenbedingungen und Grundstrukturen für P4P-Projekte, um darüber klare Perspektiven und Planungsmöglichkeiten anbieten zu können.

Etablierte Vergütungsformen könnten generell um die Möglichkeit der Modulierung durch P4P-Elemente erweitert werden, selektivvertragliche Regelungen auch direkt bilateral zwischen Kostenträgern und Versorgern geschlossen werden, ohne andere Versorgungssektoren integrieren zu müssen. Ermöglicht werden solche Öffnungen der Vergütungssystematik bereits im Rahmen von §87, §87a und §136 SGBV (Kollektivvertrag) sowie im Rahmen von Strukturverträgen gem. §73a, von Hausarztverträgen gem. §73b und von Selektivverträgen gem. §73c SGBV (vgl. BQS-Institut 2012, S. C76/77). Um die sinnvolle Integration von P4P-Projekten und ihrer Finanzierung in der Gesamtversorgung zu ermöglichen, müsste eine adäquate Budgetbereinigung möglich sein.

Um eine hohe Akzeptanz von P4P-Verfahren zu bewirken, müssten entsprechende Daten zur Verfügung gestellt werden und der mit P4P verbundene Aufwand für alle Partner, insbesondere für die Versorgenden, möglichst gering sein. Bereits vorhandene Routinedaten und medizinische Behandlungsdaten sollten für die Qualitätsmessung genutzt und an einem datenschutzkonformen Ort zusammengeführt werden. Gesetzliche Rahmenbedingungen müssten eine Nutzung für Zwecke der Qualitäts- und Effizienzverbesserung gestatten, ohne dass der Patient eine (Re-)Identifizierbarkeit befürchten muss, die Nutzung der Daten jedoch auch ohne Patienteneinwilligung legitimiert werden können (vgl. BQS-Institut 2012, S. C75/77). Für die Krankenkassen würde die Problematik kleiner Fallzahlen verstärkt werden, wenn deren Patienten nur einen kleinen Teil der von einem Versorger behandelten Patienten ausmachen. Sinnvoll wäre es zu regeln, dass ein Versorger an P4P-Projekten mit den Daten sämtlicher von ihm behandelten Patienten teilnehmen kann, wenn sich dies datentechnisch angemessen realisieren lässt.

Bei parallel stattfindenden P4P-Projekten mit unterschiedlichen Krankenkassen und unterschiedlich festgelegten Kriterien, muss es für Versorger möglich sein, sich nur an

einem dieser Projekte zu beteiligen. Vermieden werden sollte, dass für Patienten mit gleichen Erkrankungen gegebenenfalls unterschiedliche Qualitätsanforderungen erfüllt werden müssen, nach unterschiedlichen Standards behandelt und unterschiedliche Maßnahmen erstattet werden. Mehrere parallel laufende Projekte von verschiedenen Krankenkassen vermindern die Akzeptanz bei den Versorgenden erheblich, führen zu einem immens erhöhten Aufwand und begünstigen unübersichtliche Strukturen.

Wenn in absehbarer Zeit ein erheblicher Bedarf an P4P-Steuerungsinstrumenten erwartet wird und dazu ausgereifte Instrumente zur Verfügung stehen sollen, wäre es politisch dringend erforderlich, die Entwicklung von P4P-Instrumenten voranzutreiben (vgl. BQS-Institut 2012, S. C76/77). Prinzipiell müssen sich P4P-Projekte langfristig gesehen finanziell selbst tragen können. Um hohe Einstiegs- und Administrationskosten für die Entwicklung refinanzieren zu können, müsste vor allem in der Einstiegsphase eine finanzielle Förderung der Projekte erfolgen. Diese könnte durch Rückbehalt von 1 bis 2% der Budgetsumme oder über den Risikostrukturausgleich vorgenommen werden.

Geförderte Projekte müssen Mindeststandards erfüllen, sind nach einheitlichem Standard zu dokumentieren und nach einheitlichem Standard zu evaluieren. Die Projektunterlagen müssen an zentraler Stelle zur Verfügung gestellt werden, damit ein gemeinsames Lernen möglich ist. Im Einzelnen muss ein guter Kompromiss zwischen Transparenz und Schutz gefunden werden. Die Förderung von P4P-Projekten kann sich speziellen Themen widmen, wie der Weiterentwicklung ergebnisorientierter regionaler Versorgungsstrukturen. Für die Entwicklung von P4P können drei sinnvolle Optionen unterschieden werden: Eine Entwicklung im derzeitigen Rahmen, die Erweiterung der Möglichkeit für P4P-Projekte, sowie die aktive Förderung von P4P-Projekten und deren Entwicklung (vgl. BQS-Institut 2012, S. C74/77). Eine selektivvertragliche Umsetzung durch Einzelinitiativen in Pilotprojekten ist bereits heute verhältnismäßig schnell möglich, für die kollektivvertragliche Regelung müssten jedoch Gesetzesänderungen vorgenommen werden (vgl. Veit et al. 2012, S. 71). Die Verständlichkeit für die interessierte Öffentlichkeit und die Akzeptanz bei den medizinischen Fachgesellschaften könnten erhöht werden, indem relevante Anreize zur Verbesserung des Gesamtergebnisses fokussiert und der Patientennutzen in den Mittelpunkt gestellt wird (vgl. Seeger 2013, S. 253f.).

Mit der Frage nach der Art und Weise eines sinnvollen Wettbewerbs, stellt sich das Problem, dass die Gesetze des Marktes als Koordinierungsinstanz durch das Vorliegen

bestimmter Bedingungen, wie der Informationsasymmetrie im Gesundheitswesen, versagen und unterstützend staatliche Interventionen eingesetzt werden müssen. Rein marktwirtschaftliche Lösungen finden sich nur in Teilbereichen und dort wiederum in staatlich geregelten Räumen. Qualität und Kosteneffizienz könnten zukünftig als wirksame Wettbewerbsparameter genutzt werden (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. (2009), S. 156).

Zusätzliche Probleme bestehen in der sektoralen Finanzierung unter grundlegender Trennung zweier sehr unterschiedlicher Finanzierungssysteme, dem DRG-System und dem EBM. Diese verhindern ein schnelles Verschieben der Mittel, beispielsweise in die ambulante Versorgung (vgl. Neubauer, Beivers 2010, S. 7ff.). Jeder Sektor verfügt über eigene Verwaltungs- und Verbandsstrukturen mit sektoral agierenden Verantwortungs- und Entscheidungsträgern. Jeder Sektor wird über ein eigenes, umfangreiches Gesetzes- und Verordnungswerk geregelt, verfügt über eine separate Leistungsplanung inklusive eigener Definition des Sicherstellungsauftrages für medizinische Leistungen. Zudem verfügt jeder Sektor über eigene finanzielle Mittel zur Steuerung und Vergütung der sektoralen Leistungen. Das System ist im Kern auf Wettbewerb zwischen den Sektoren ausgelegt (vgl. Ziegler, Werner 2010, S. 26). Schwierigkeiten zeigen sich in den sehr verschiedenen Interessen der sektoral Agierenden und einer geringen Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit (vgl. Hellmann 2010, S. 5f.). Die Koordination bedarf eines großen Abstimmungs- und Organisationsaufwandes, wobei ökonomische und medizinische Effekte gerade durch die sektorale Trennung und Finanzierung schwer messbar sind.

Als Reaktion auf die bestehenden Probleme haben der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Große Koalition eine Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen angekündigt. Mit der Einrichtung eines neuen Qualitätsinstituts soll der erste Schritt in diese Richtung getan werden (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, S. 1). Krankenhäuser und Ärzte mit einer hohen Behandlungsqualität sollen zukünftig mehr Geld als jene mit schlechter Qualität erhalten. Ein Problem ist, wie Qualität fundiert erfasst werden kann. Mögliche Aufgabe des geplanten unabhängigen Instituts wäre beispielsweise, beim Einsatz von Kniegelenkprothesen, Hüftgelenkersatz und Bandscheibenoperationen Mindestmengen einzuführen. Um besser erfassen zu können, zu welchem Ergebnis ein bestimmter Eingriff in einem Krankenhaus geführt hat, soll das Institut Bewertungsmethoden entwickeln.

Drängende Probleme aus Sicht der Kliniken sind die Fragen nach der Gewichtung des Orientierungswerts, der Refinanzierung von Extremkostenfällen und Vorhaltekosten sowie die ungenügende Investitionsfinanzierung (vgl. Bibliomed Newsletter 2014, Titel). Der Markt selbst steht vor großen Umwälzungen. Durch die Übernahme von Häusern rücken ebenso die Größenfaktoren im Wettbewerb in den Fokus. Im Besonderen für Universitätskliniken bestehen Probleme, da ihre Leistungen nicht hinreichend refinanziert werden können. Dies betrifft die Weiterbildung der Ärzte, die Hochschulambulanzen, Extremkostenfälle, Krankenversorgungszentren, die Behandlung seltener Erkrankungen, sowie die Notfallversorgung. Für das Jahr 2014 erwarteten nur noch 13% der Uniklinika einen nennenswerten Jahresüberschuss, was zum Ausdruck bringt, dass die finanziellen Rahmenbedingungen nicht mehr stimmen (vgl. Heyder 2014, S. 27f.).

3. Umsetzung eines P4P-Projekts für den IV-Vertrag Schlaganfall

3.1 Fragestellung und methodische Vorgehensweise zur Entwicklung eines P4P-Modelles für chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen werden durch die prognostizierte demographische Entwicklung in Zukunft zunehmen. Bereits heute zählen sie zu den großen Kostentreibern des Gesundheitssystems. Sie erzeugen hohe Kosten für Arzneimittel, Arztbesuche und Hospitalisierungen. Im Rahmen eines Forschungsprojektes könnte überprüft werden, ob durch Umsetzung eines P4P-Modells, das vom Krankenhaus gesteuert wird, die Relevanz von integrierten Versorgungsverträgen für das Krankenhaus, die Krankenkasse und die Gesellschaft/den Patienten gesteigert werden kann. Ferner könnte untersucht werden, ob mit Hilfe von Qualitätsindikatoren eine nachweisbar höhere Qualität und stabile Kostendeckung für chronisch kranke Patienten bewirkt werden kann.

Zur Entwicklung des P4P-Modells könnte nach Festlegung eines relevanten chronischen Krankheitsbildes, dass bereits durch einen laufenden IV-Vertrag abgebildet wird, eine definierte Anzahl von Patienten betrachtet und im Hinblick auf ausgewählte Qualitätsindikatoren analysiert werden. Auszuwählen wäre eine Patientengruppe, die im vorgegebenen Verlauf eines Jahres wiederkehrend ambulant wie stationär behandelt

wurde. Ausgangspunkt könnte ein neues Behandlungsverfahren sein, dessen langfristige Auswirkung auf den weiteren Behandlungsverlauf durch das entwickelte Behandlungsmodell transparent gemacht wird (retrospektive Untersuchung). Prospektiv sollte der bestehende IV-Vertrag zu einem P4P-Modell umgewandelt und im Verlauf eines Jahres ausgewertet werden. Anhand einer durchgeführten Studie könnte ein Vergleich des früheren IV-Vertrages mit dem weiterentwickelten P4P-Modell im Hinblick auf Auswirkungen auf den Patientennutzen, Qualitätsverbesserungen und Kostenentwicklung vorgenommen werden. Als zusätzlich wichtiger Aspekt müsste die Übertragbarkeit auf weitere chronische Krankheitsbilder betrachtet werden.

3.2 Das Krankheitsbild des Schlaganfalls

In Deutschland erleiden jährlich ca. 200 000 Menschen einen Schlaganfall, jeder Fünfte stirbt in den ersten vier Wochen an dessen Folgen, jeder Dritte binnen eines Jahres (vgl. CSB 2014, S. 1). Fast zwei Drittel der Patienten, die einen Schlaganfall überleben, sind behindert und damit auf fremde Hilfe angewiesen. Der Schlaganfall ist die häufigste Ursache für Behinderung in Deutschland, was gleichermaßen für alle westlichen Industriestaaten gilt. Er ist als die volkswirtschaftlich teuerste Erkrankung anzusehen und zieht hohe Folgekosten für Therapie und Rehabilitation nach sich. Bezogen auf Deutschland ergeben sich für die Behandlung von Schlaganfallpatienten jährliche Kosten in Höhe von 8,1 Mrd. Euro (vgl. StrokeNet 2014, S. 1). Ziel muss es somit sein, die Morbidität und Mortalität nach Schlaganfall zu senken.

Ursachen des Schlaganfalles sind (vgl. Berliner Schlaganfallregister (BSR) 2014, S. 1):

- Bis zu 90% Hirninfarkte (ischämische Schlaganfälle) oder transitorische ischämische Attacken, TIAs.
- Hirnblutungen durch Zerstörung von Hirnarterien (intrazerebrale Blutungen), mit einer Häufigkeit von bis zu 10%.
- Subarachnoidalblutungen, mit einer Häufigkeit von bis zu 5%. Sie gehören zu den am meisten gefürchteten Formen der Hirnblutung und enden am häufigsten tödlich.

Durch die transitorisch-ischämische Attacke (TIA) kann sich ein drohender Schlaganfall schon Jahre vorher ankündigen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2014, S. 2). Beim ersten Auftreten von Symptomen ist nicht vorherzusagen, ob sie zu einer TIA

gehören oder bereits der Beginn eines schweren Schlaganfalles sind. Innerhalb der ersten 5 Jahre nach dem Schlaganfall erleiden ein Viertel der Patienten ein Schlaganfall-Rezidiv. Patienten, die früher in Folge eines Schlaganfalles gelähmt gewesen wären, können heute die Klinik mit nur geringer Behinderung verlassen, wenn die Behandlung rechtzeitig erfolgt. Eine ursprüngliche Behandlung des Schlaganfalles ist nur innerhalb der ersten drei Stunden nach Beginn der Beschwerden möglich. Jedoch auch innerhalb von 6 Stunden bietet diese Behandlung entscheidende Vorteile und kann die Folgen des Schlaganfalles, vor allem auch von nachfolgenden Behinderungen, abmildern (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2014, S. 3f.). Dem Patienten sollte der Aufenthalt auf einer auf die Diagnose und Behandlung von Schlaganfallpatienten spezialisierten Stroke Unit sichergestellt werden (vgl. Verband der Universitätsklinika Deutschlands 2013, S. 6ff.). In vielen Fällen kann so den betroffenen Menschen ein eigenbestimmtes und selbstständiges Leben auch nach dem Schlaganfall ermöglicht werden.

Begleiterkrankungen sowie begünstigende Faktoren für einen (erneuten) Schlaganfall sind die vorbestehende Arteriosklerose, ein hoher Blutdruck, Herzerkrankungen, Rauchen, ein Diabetes Mellitus, die Erhöhung der Cholesterine und Fettsäuren und das Übergewicht (vgl. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe – Kompetenznetz Schlaganfall 2014, Risikofaktoren). Das Schlaganfallrisiko steigt mit zunehmendem Lebensalter deutlich an, aber auch Kinder können betroffen sein (vgl. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2014, Kinder und Schlaganfall). Die Behandlung der Begleiterscheinungen ist ebenso wichtig wie die gezielte Behandlung von Hirninfarkt und Hirnblutung. Ein Schlaganfall führt nicht nur zu Lähmungen und Gefühlsstörungen. Am meisten gefürchtete Komplikation ist das Hirnödem, dass, nicht operativ behandelt, in 80% der Fälle zum Tode führt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2014, S. 11). Weitere Komplikationen äußern sich in einer schweren Lungenentzündung (Aspirationspneumonie), in epileptischen Anfällen, Deliren, Harnwegsinfekten, Dekubiti, Thrombosen oder Lungenembolien, in Fehlernährungen, Volumenmangel und Elektrolytentgleisungen. Sie erfordern einen hohen Pflegeaufwand. Die durchgeführte Frühmobilisation kann bei der Vermeidung zahlreicher Komplikationen helfen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2014, S. 6ff.).

Akute Komplikationen können in eine manifeste Folgeerkrankung sowie dauerhafte Behinderung übergehen. Sie äußern sich im Nierenversagen, dem zusätzlichen Herzinfarkt, Blutdruckkrisen, sekundären Hämorrhagien und Ödementwicklungen, in Spastiken, Post-

Stroke-Aphasien, chronischen Schmerzen, kognitiven Defiziten und Depressionen, einer Demenz, Epilepsie sowie im sekundären Schlaganfall-Rezidiv (vgl. IV-Vertrag Schlaganfall 2013, Konzept für die Ausweitung des IV-Vertrags in den ambulanten Sektor). Zugrundeliegende Herzrhythmusstörungen können eine Kardioversion sowie die Implantation eines Herzschrittmachers erforderlich machen, um das Risiko eines weiteren Schlaganfalles zu verhindern.

Die Schweregradeinteilungen des Schlaganfalls werden durch die Rankin-Bewertung bei Entlassung des Patienten oder in Form des Barthel-Indexes vorgenommen. Patienten, die einen Rankin-Wert zwischen 0-2 aufweisen, werden „als nicht signifikant behindert“, bei einem Rankin-Wert zwischen 3-5 „als deutlich behindert“ eingestuft. Die Einteilung des Barthel-Indexes sieht drei unterschiedene Gruppen vor (vgl. Back et al. 2004, S. 992):

- „Keine oder geringe Behinderung“ (Barthel-Index >70).
- „Mittelschwere Behinderung“ (Barthel-Index 30-70).
- „Schwere bis sehr schwere Behinderung“ (Barthel-Index <30).

Die Strukturen und Prozesse der Stroke Units wurden gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) definiert und sollten im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens überprüft werden. Das Personal auf den Stroke Units ist speziell auf die Behandlung von Begleiterkrankungen und Begleitfolgen des Schlaganfalls vorbereitet. Die Behandlung auf einer Stroke Unit kann die Mortalität um 18-46% reduzieren (absolut um 3%), das Risiko einer Abhängigkeit um 29%, die Notwendigkeit einer Weiterbetreuung in einem Pflegeheim oder einer vollständigen häuslichen Pflege um ca. 25% (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2014, S. 3). Die erfolgreiche Versorgung von Schlaganfallpatienten beruht auf einer viergliedrigen Kette (vgl. ebd., S. 2):

- Das rasche Erkennen von und Reagieren auf die Schlaganfallsymptome.
- Die umgehende Information der Rettungsdienste.
- Der bevorzugte Transport mit Voranmeldung am Zielkrankenhaus.
- Die rasche und zielgerichtete Diagnose im Krankenhaus.

In Zusammenarbeit mit der TU Berlin und den Unternehmen MEYTEC und SMH⁷ wurde das durch Fördergelder finanzierte Projekt „StrokeNet“ ins Leben gerufen. Da die kurze Zeitspanne zwischen Akutereignis und fachgerechter Diagnostik sowie die sofort einsetzende adäquate Therapie für das Ausmaß der Folgeschäden bei Schlaganfallpatienten entscheidend sind, setzt hier die Arbeit von „StrokeNet“ an. Mit Hilfe von IuK-Technologie können bereits am Einsatzort und im Rettungswagen alle relevanten Daten und Vitaldaten des Patienten an eine Stroke Unit übertragen werden. Es kann noch während des Einsatzes entschieden werden, ob eine Notaufnahme mit Stroke Unit angefahren werden muss. Das benötigte Know-How einer Stroke Unit kann im Notfall ebenso Kooperationskliniken ohne Stroke Unit schnell verfügbar gemacht werden (vgl. StrokeNet 2014, S. 1). Niedergelassene Ärzte und Rehabilitationskliniken sollten an das aufgebaute Netzwerk angeschlossen werden. Zielvorstellung für die Stroke Units ist es, sämtlichen neu aufgenommenen Schlaganfallpatienten in der Frühphase der Erkrankung ein Überwachungsbett zur Verfügung zu stellen.

Die „Neurologische Komplexbehandlung“ kann für Schlaganfallpatienten abgerechnet werden, die auf einer Stroke Unit behandelt worden sind. Nachgewiesen werden muss, dass festgelegte Mindestanforderungen erfüllt worden sind, alle erbrachten Leistungen müssen dokumentiert werden (siehe Anhang 3).

Epidemiologische Relevanz des Schlaganfalls in den westlichen Industrienationen

Erkrankungen des Herzkreislaufsystems führen die Todesursachenstatistik in den westlichen Industrienationen an und stellen damit, neben den Krebserkrankungen, eines der gewichtigsten Gesundheitsprobleme dar (vgl. Lindig-Knopke 2012, S. 9). Im Jahr 2005 verstarben rund 10.000 Männer (ca. 3% aller verstorbenen Männer) und rund 20.000 Frauen (ca. 5% aller verstorbenen Frauen) an einem Schlaganfall (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010). Bis zum Jahr 2050 wird für Deutschland ein jährlicher Anstieg von Neuerkrankungen um 62% und damit um ca. 300.000 Patienten prognostiziert (vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel 2009). Der Schlaganfall gehört mit einer Hospitalisierungsrate von 3 - 4% zu den 20 häufigsten Diagnosen, die zu einem stationären Aufenthalt führen (vgl. Lindig-Knopke 2012, S. 10). Im Jahr 2006 beliefen sich die Behandlungskosten in Deutschland auf ca. 440 € pro Einwohner,

⁷ SMH Development GmbH & Cie.

insgesamt 376.000 (ausgefallene) Erwerbstätigkeitsjahre lassen sich auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückführen (vgl. Böhm, Nöthen 2009, Robert Koch-Institut). Das Vorliegen eines Akutereignisses stellt neben der epidemiologischen Relevanz einen erheblichen ökonomischen Kostenfaktor dar. Herz-Kreislaufkrankungen gehören zu den größten Kostentreibern des Gesundheitssystems.

„DALYs“ (Disability-Adjusted Life Years) können als Indikator für die Belastung durch Erwerbstätigkeitsausfall, Einschränkung der Erwerbsfähigkeit und vorzeitige Mortalität erfasst werden (vgl. World Health Organization 2008, S. 2). Entwickelt für das Maß der „Lebensqualität“ beschreiben diese - als negativer Behinderungsindex - die Zahl der verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod, kombiniert mit dem Verlust an Lebenszeit durch Behinderung (vgl. World Health Organization 2008, zitiert in Lindig-Knopke 2012, S. 11). Im Jahr 2004 entfielen für den europäischen Raum 11,1% aller DALYs (16,8 Millionen DALYs) auf die zerebrovaskulären Erkrankungen. Damit gelten diese als führende Ursache für die Krankheitslast in Europa, deren Bedeutung in Zukunft noch weiter zunehmen wird.

Durch steigende Inzidenz der Herz-Kreislaufkrankungen, die steigende Lebenserwartung, die Nutzung hoch entwickelter und kostspieliger Technik für Diagnostik und Behandlung sowie dem anschließenden Bedarf an langjähriger Medikation und Nachsorge werden bereits heute sehr hohe Kosten verursacht. Zur Verbesserung des Einsatzes und der Steuerung der verschiedenen Ressourcen und Versorgungselemente sollten Vorsorgemaßnahmen entwickelt und die Kosten verschiedener Behandlungsmaßnahmen miteinander verglichen werden (vgl. Lindig-Knopke 2012, S. 12). Ziel muss es sein, die heutige Qualität beizubehalten und wenn möglich zu verbessern.

Jährlich ereignen sich weltweit rund 15 Millionen Schlaganfälle. Diese führen zu 5 Millionen Todesfällen und weiteren 5 Millionen Fällen mit bleibenden Beeinträchtigungen. Sie stellen damit die dritthäufigste Todesursache und den häufigsten Grund für Invalidität beim Erwachsenen dar (vgl. Mackay, Mensah 2004). Für die kommenden 10 Jahre wird prognostiziert, dass sich diese Zahl auf Grund einer steigenden Prävalenz von Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes mellitus oder Adipositas voraussichtlich verdoppeln wird (vgl. Warlow et al. 2003). Die altersadjustierte Schlaganfallinzidenz in Deutschland beträgt 182 pro 100.000 Einwohner. Die Häufigkeit eines Schlaganfalls ist

stark altersabhängig (vgl. Kolominsky-Rabas, Heuschmann 2002). Aufgrund ihrer höheren durchschnittlichen Lebenserwartung erleiden ca. 16% der Frauen im Laufe ihres Lebens einen Schlaganfall, im Vergleich jedoch nur 8% aller Männer (vgl. Bonita 1992). In Deutschland ereignen sich jährlich rund 66.000 wiederholte Schlaganfälle (Stand 2008, vgl. Heuschmann et al., 2010, S. 333).

Laut Todesursachenstatistik 2008 ist ein akuter Schlaganfall Auslöser für ca. 63.000 Todesfälle im Jahr:

- 19% der Patienten nach einem Schlaganfall sterben innerhalb der ersten 28 Tage.
- 29% innerhalb der ersten 3 Monate.
- 37% innerhalb der ersten 12 Monate.

88% der Patienten, die aufgrund eines Schlaganfalls versterben, sind über 65 Jahre alt (vgl. Kolominsky-Rabas et al. 1998).

Rund 4% der Gesamtkosten im Gesundheitssystem (0,3% des Bruttoinlandsproduktes der Industrienationen) sind den Schlaganfällen zuzurechnen (vgl. Evers et al. 2004). Trotz Verminderung der Akutmortalität zieht ein Schlaganfall in 35-55% der Fälle eine bleibende Behinderung nach sich (vgl. Suenkeler et al. 2002) und zeigt somit Auswirkungen auf die Langzeitkosten (vgl. Lindig-Knopke 2012, S. 16).

Tab. 1: Zeithorizont der direkten Kosten eines Erstereignisses des ischämischen Schlaganfalls, GKV Deutschland 2004, in €

Zeithorizont	Männer		Frauen		Alle	
	Undiskontiert	Diskontiert	Undiskontiert	Diskontiert	Undiskontiert	Diskontiert
1 Jahr	15.566	15.566	14.799	14.799	15.140	15.140
5 Jahre	31.405	30.159	30.817	29.582	31.077	29.837
10 Jahre	40.905	37.711	39.097	36.176	39.921	36.873
Lebenszeit	54.552	45.549	47.596	41.304	50.507	43.129

Quelle: Kolominsky-Rabas et al. 2006, S. 1182.

Die Schätzwerte berücksichtigten die offiziellen Zahlen für die erwartete Entwicklung der Alters- und Geschlechterzusammensetzung der deutschen Bevölkerung und gehen davon aus, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Schlaganfallraten konstant bleiben.

Tab. 2: Entwicklung der direkten Kosten des ischämischen Schlaganfalls in Deutschland, Projektion der GKV im Jahre 2004 (in €)

Zeithorizont	Männer		Frauen		Alle	
	Schlaganfälle	Kosten ⁸ (Billionen)	Schlaganfälle	Kosten (Billionen)	Schlaganfälle	Kosten (Billionen)
2006-2010	331.000	13,8	425.000	16,1	756.000	29,9
2006-2015	701.000	27,1	880.000	30,9	1.581.000	58,0
2006-2020	1.108.000	39,7	1.367.000	44,6	2.475.000	84,3
2006-2025	1.547.000	51,5	1.883.000	57,1	3.430.000	108,6

Quelle: Kolominsky-Rabas et al. 2006, S. 1182.

**Tab. 3:
Langzeitkosten des initialen Ischämischen Schlaganfalls in Deutschland (2004)**

	Männer (in €)	Frauen (in €)	Gesamt (in €) ⁹
Jahr 1			
Stationärer Aufenthalt	7.002	6.495	6.731
Ambulante Aufenthalte	3.250	3.319	3.287
Rehabilitation	6.759	6.876	6.822
Pflege	1.250	2.049	1.678
Gesamt	18.262	18.739	18.517
	Männer (in €)	Frauen (in €)	Gesamt (in €)
Nachfolgende Jahre (Jahr 2-5)			
Stationärer Aufenthalt (mit Reha)	949	782	863
Ambulante Aufenthalte	2.407	2.939	2.683
Rehabilitation	672	878	778
Pflege	980	1.321	1.175
Gesamt	5.008	5.920	5.479

Quelle: Kolominsky-Rabas et al. 2006, S. 1181.

Die Verteilung der jährlichen Gesamtkosten wurde innerhalb eines Jahres nach initialem Schlaganfall und innerhalb eines Jahres ab dem Folgejahr (2.-5. Jahr) ermittelt.

- Die resultierenden Lebenszeitkosten im ersten Jahr nach initialem Schlaganfall entsprechen einem Anteil von 35%.
- Auf die Folgejahre entfallen 65% der Lebenszeitkosten für Nachsorge, Rehabilitation, Pflegeleistungen etc. (vgl. Kolominsky-Rabas et al. 2006).

⁸ Die Kosten wurden um jährliche 3 % diskontiert.

⁹ Es liegt eine unterschiedliche Häufigkeit in der Geschlechterverteilung zugrunde.

Die unterschiedlich hohe Kostenverteilung zwischen Männern und Frauen lässt sich durch das mutmaßlich höhere Durchschnittsalter der weiblichen Patienten aufgrund einer höheren Lebenserwartung erklären (vgl. Lindig-Knopke 2012, S. 61). Die Folgekosten nach dem ersten Jahr eines initialen Schlaganfalls fallen umso mehr ins Gewicht, wenn der jährliche mittlere Gesamtbetrag in Höhe von 5.479 € auf die im Verlauf folgenden drei Jahre (3.-5. Jahr nach dem Schlaganfall) hochgerechnet wird. Es fallen dann für die betrachteten vier Folgejahre mittlere Kosten in Höhe von 21.916 € für jeden Patienten an.

Im Jahr 2008 wurden in Deutschland rund 8,1 Mrd. € Gesamtkosten durch etwa 200.000 Schlaganfälle verursacht (vgl. Statistisches Bundesamt 2011). Die Gesamtkostenbelastung für den Betrachtungszeitraum der Jahre 2006 bis 2025 wird aus Sicht der Krankenkassen auf insgesamt 108 Mrd. € eingeschätzt (vgl. Kolominsky-Rabas et al. 1998). Indirekte Kosten durch Arbeitsausfall oder vorzeitige Mortalität nach einem Schlaganfall belaufen sich auf einen Anteil von 18% der Gesamtkosten im ersten Jahr nach einem Schlaganfall (vgl. Rossnagel et al. 2005). Auch vor dem Hintergrund der zukünftig zu erwartenden weiter steigenden Anzahl an Betroffenen, kommen einer effektiven Prävention sowie dem effizienten Akutmanagement eine herausragende Bedeutung zu (vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel 2009).

Eine Studie des Erlanger Schlaganfallprojektes aus dem Jahre 2006 beziffert die verursachten Gesamtkosten für Schlaganfallpatienten im ersten Jahr nach dem Ereignis auf eine mittlere Höhe von 18.517 € pro Patient, wobei 37% der Kosten auf Rehabilitationsaufenthalte zurückzuführen sind (vgl. Kolominsky-Rabas et al. 2006). Im Vergleich hierzu ermittelt eine Studie am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité eine mittlere Kostenbelastung in Höhe von 11.821 € +/- 1.255 € pro Patient (vgl. Lindig-Knopke 2012, S. 56). Ausgewertet wurden die Daten von DAK¹⁰-Patienten im ersten Jahr nach primärem Schlaganfall und bezogen auf die Jahre 2004 und 2005.

Andere Kosten, wie beispielsweise Produktivitätskosten (die fehlende Arbeitsproduktivität aufgrund von Morbidität und Mortalität), wurden wegen ihrer fehlenden Relevanz für die Krankenkasse nicht mit aufgeführt (vgl. Lindig-Knopke 2012, S. 28).

¹⁰ Deutsche Angestellten Krankenkasse.

Tabelle 4: Verteilung der Gesamtkosten im ersten Jahr nach initialem Schlaganfall in Deutschland (ohne Rehabilitation), Abrechnungszeitpunkt der DAK 2004/2005

Kostenart	Prozentualer Anteil (%)	Mittlere Gesamtkosten (€)
Krankenhauskosten	74,9	8.856 +/- 1.060
Arzneimittelkosten	10,1	1.190 +/- 88
Heilmittelkosten	5,0	587 +/- 71
Krankengeldkosten	4,3	503 +/- 538
Ambulante Behandlungskosten	3,5	414 +/- 20
Hilfsmittelkosten	2,3	271 +/- 90

Quelle: Lindig-Knopke 2012, S. 32.

Nach dem initialen Schlaganfallereignis wurde ein mittlerer Kostensteigerungsfaktor von 1,43 (eine prozentuale Kostensteigerung von 43%) beobachtet, der sich signifikant auf alle Kostenarten aufteilen lässt. Die mittleren wöchentlichen Kosten pro Patient stiegen um ca. 69 €. Sowohl für den Zeitraum vor als auch nach dem initialen Schlaganfall wurden diese vorrangig durch stationäre Aufenthalte verursacht. Vor allem innerhalb der ersten zwei Wochen nach dem Schlaganfall lässt sich der höchste Anteil an den Gesamtkosten durch stationäre Kosten ausweisen. Bereits ab der 3. Woche nach dem Initialereignis fallen diese rapide ab und bewegen sich im weiteren Verlauf auf einem weitgehend gleichbleibenden Grundniveau. Lediglich 6 Wochen nach dem Ereignis lässt sich für die Krankenkasse ein kurzfristiger geringer Kostenanstieg durch vermehrte Krankengeldzahlungen nachweisen (vgl. Lindig-Knopke 2012, S. 34f).

Da das Akutereignis eines Schlaganfalls mit erheblichen Folgekosten verbunden ist, zudem die Hospitalisierungskosten eine wesentliche Kostendeterminante darstellen, sollten zukünftige Bemühungen um Krankheitskosteneinsparungen hier ansetzen (vgl. Lindig-Knopke 2012, S. 69). Mit dem Ziel, die Invalidität der Patienten nach zerebrovaskulärem Ereignis zu minimieren, sollten der effektiven Prävention und dem effizienten Prozess- und Behandlungsmanagement während des stationären Aufenthaltes und darüber hinaus eine besondere Bedeutung zukommen. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sollten optimal eingesetzt, darüber ein größtmöglicher Nutzen umgesetzt werden.

Um wichtige Hinweise auf die Wirksamkeit von derzeitigen Präventionskonzepten geben zu können, werden aktuelle Daten benötigt, die eine Untersuchung zeitlicher Trends in der Inzidenz des Schlaganfalls in Deutschland ermöglichen. Im europäischen Vergleich besteht in Deutschland bereits eine sehr gute Datenlage zu den Prozessen der Akutversorgung von

Schlaganfallpatienten. Diese kann als eine wesentliche Grundlage für die Priorisierung zukünftiger Präventionsmaßnahmen genutzt werden. Hinsichtlich der Rehabilitation, des Outcomes und der weiteren Versorgung von Schlaganfallpatienten würde die standardisierte (einheitliche) Definition spezifischer sektorenübergreifender Indikatoren eine hohe Akzeptanz über die Qualität bewirken, zudem könnte die bestehende Datenlage entscheidend ergänzt und verbessert werden. Zur Darstellung der Langzeitauswirkung eines Schlaganfalls müssten Patienten langfristig (z.B. über 5 - 10 Jahre) zu definierten Zeitpunkten untersucht werden, da viele Informationen derzeit entweder noch gar nicht oder nur teilweise mit Routinedaten abgebildet werden können (vgl. Heuschmann et al. 2010, S. 338f.).

3.3 Der IV-Vertrag Schlaganfall

Der IV-Vertrag Schlaganfall ist ein Vertrag der Integrierten Versorgung nach § 140 b SGB V zur phasenübergreifenden Behandlung von Schlaganfallpatienten, der zwischen der Neurologie der Klinik, der Rehabilitationsklinik und der Krankenkasse verhandelt wurde. Unter wissenschaftlicher Begleitung werden sowohl Patienten mit ischämischen Insult, intracerebraler Blutung, Subarachnoidalblutung als auch Sinusvenenthrombose eingeschlossen. Ziel ist die optimale Versorgung des Patienten von der Stroke Unit, über die etwaige Frührehabilitation (Phase B), bis hin zur Rehabilitation (Phase C und/oder Phase D). Eine Vernetzung mit dem ambulanten Bereich ist vorgesehen. Die Vernetzung der einzelnen Segmente soll die Versorgung optimieren und zugleich den Konzepten der Schlaganfallhilfe Rechnung tragen. Die Behandlungsqualität kann durch die Erschließung therapeutischer Synergien verbessert werden, flankierend soll eine wissenschaftliche Begleitung erfolgen. Ein Einstieg in die bereichsübergreifende Leistungserbringung könnte als Modell auf andere Regionen übertragen werden.

Für alle Beteiligten verpflichtend ist sowohl die für alle zugängliche Dokumentation im erforderlichen Maße, als auch eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende und zweckmäßige sowie wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (§§ 2, 12, 39, 40 SGB V). Somit müssen ein internes Qualitätsmanagement und die Einbindung in externe Qualitätssicherungsprogramme nach § 135a, § 137d SGB V sowie § 20 SGB IX verpflichtend erfolgen. Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung umschließt alle bei der Krankenkasse versicherten Schlaganfallpatienten, unabhängig von einer möglichen

Kostenträgerschaft des Rentenversicherungsträgers in der Rehapphase und unter der Voraussetzung, dass diese auf einer Akutstation des Krankenhauses aufgenommen wurden. Durch das Krankenhaus erfolgt die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung nach Maßgabe des § 4 Abs. 2ff., die Krankenkasse behält sich in Zweifelsfällen und unter Einhaltung einer Einspruchsfrist von 6 Wochen (§ 275 SGB V) die Möglichkeit der MDK-Einschaltung vor.

Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und erfolgt durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung, die der Krankenkasse spätestens nach Ablauf der akuten Behandlungsmaßnahme übermittelt werden muss. Das Krankenhaus stellt sicher, dass die Krankenhausunterlagen vom medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) zum Zweck der Qualitätssicherung, unter Einhaltung der Anforderungen des Datenschutzes, eingesehen werden können. Eine gemeinsam erstellte Patienteninformationsschrift zu Inhalt und Ablauf der Integrierten Versorgung benennt alle direkten Ansprechpartner. Die Ausschlusskriterien müssen in einer gesonderten Anlage ausgewiesen werden.

Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung wird bei der Aufnahme im Rahmen einer unverzüglichen Untersuchung durch einen Krankenhausarzt geklärt. Der Patient muss in häusliche Krankenpflege entlassen werden, wenn diese aus medizinischen Gründen möglich ist (§ 37 SGB V). Wenn der Versicherte die Behandlung in einem anderen, nächst erreichbaren Akutkrankenhaus wünscht, ist dem im Rahmen des § 39 SGB V Rechnung zu tragen. Dies würde jedoch in der Regel zum Abbruch des Integrierten Versorgungsvertrags führen. Alle im Rahmen der Integrierten Versorgung durchgeführten Leistungen werden durch eine zuvor mit der Krankenkasse ausgehandelte Komplex-Fallpauschale abgegolten und beinhalten die in der Rehapphase oder ambulant erfolgte Heilmittel- und Medikamentengabe. Die Verordnung besonders teurer Zusatzmedikamente muss mit der Krankenkasse gesondert geklärt und eventuell zusätzlich vergütet werden.

Die Höhe der Komplex-Fallpauschale bestimmt sich aus dem Entgelt der für die Leistung der Akutklinik vereinbarten DRG, ergänzt um die Entgelte für Leistungen der Rehabilitation. Das Krankenhaus fungiert hierbei als zentrale Abrechnungsstelle. Die Vergütung von zusätzlichen Entgelten (Zu- und Abschlägen gemäß BPfIV, KHEntgG und KFPV) kommt nur in Betracht, wenn im Vertrag keine abweichenden Regelungen vorgesehen sind. Nach Ablauf eines Jahres verhandeln die Vertragspartner über die Notwendigkeit einer Anpassung der Vergütung. Fallzahlenmäßig bisher im Gesamtbetrag

des Krankenhausbudgets enthaltene Leistungsbestandteile, welche zukünftig der Integrierten Versorgung unterliegen, müssen entsprechend § 4 KHEntgG gesondert betrachtet werden.

Im Rahmen der Rehabilitation erfolgt eine ausführliche persönliche Beratung des Patienten, unterstützt durch krankheitsspezifische Patientenschulungsprogramme, die eine individuelle Verhaltensmodifikation zur Zielsetzung haben (Ernährungsberatungskurse, Bewegungs- und Sportgruppen). Beim Vorliegen behandlungsbedürftiger Begleiterkrankungen, werden die Patienten über entsprechende Disease-Management-Programme nach § 137f SGB V informiert und für eine Teilnahme motiviert. Die Reha-Klinik stellt (nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen gemäß SGB XI) im Sinne einer dokumentierten Entlassungsplanung sicher, dass rechtzeitig nach Erreichen der realisierbar erscheinenden Rehabilitationsziele beziehungsweise ab dem Zeitpunkt des Fehlens realistischer Rehabilitationsziele, fehlender Rehaprognose, -fähigkeit oder deren Ausschöpfung, die Entlassung oder Weiterverlegung in ein Akutkrankenhaus, die ambulante/stationäre Pflege oder Kurzzeitpflege vorgenommen wird. Aufgabe der Reha-Klinik ist es, den weiteren Weg des Patienten zu klären und die notwendigen Vorbereitungen wie die Einbindung des sozialen Umfelds (der Bezugsperson) durch eine dokumentierte Entlassungsplanung rechtzeitig zu veranlassen.

Durch indikationsbezogene, sektorenübergreifende Behandlungspfade wird die Versorgung des Patienten optimiert und weiterentwickelt. Mit allen Vertragspartnern wird ein gemeinsamer jährlicher Qualitätssicherungs-Bericht analog § 137 SGB V erstellt. Nachfolgend sollen weitere drei Termine in der Ambulanz eingeplant werden. Lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin sollen vermieden und die notwendige Behandlung auftretender Komplikationen zügig beginnen können. Im Rahmen der Nachbehandlung soll das Auftreten häufiger Komplikationen durch frühes Erkennen und frühzeitigen Beginn der Behandlung vermieden oder möglichst weit eingeschränkt werden.

3.4 Auswirkung der DRGs auf die Erlöse für Schlaganfallpatienten

Für die Behandlung des akuten Schlaganfalls werden von dem InEK, nach Ermittlung der Schweregrade, die Eingruppierungen in mehrere unterschiedliche DRGs vorgegeben. Die DRG „B70A“ wird wesentlich für Patienten mit der Hauptdiagnose „Hirnblutung“

vergeben, die DRGs „B70G“, „B70H“ und „B70I“ gelten für wenige Spezialfälle, wie z.B. für Patienten, die nach kurzer VWD verstorben sind.

Die erfolgte Überwachungsleistung kann, neben der Prozedur 8-981.0 bzw. 8-981.1 auch durch die 8-98b.- „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ abgebildet werden. Aufgrund des noch nicht verfügbaren Bettes auf einer Stroke Unit findet die Überwachung mit Monitoring zwar durch ein multidisziplinäres und auch auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team statt, dieses jedoch (noch) nicht unter der fachlichen Behandlungsleitung eines Facharztes für Neurologie und nicht auf einer spezialisierten Einheit für Schlaganfallpatienten (Behandlungsort kann zum Beispiel die der Ersten Hilfe angegliederte Überwachungsstation der Aufnahme oder eine nicht nur neurologisch geführte Intensivstation sein). Der Fall wird dann beispielsweise durch die DRG „B70F“ (ohne „Neurologische Komplexbehandlung“) abgerechnet.

Tab. 5: Schlaganfallpatienten mit HD „Hirnfarkt oder Schlaganfall“, ICD I63.0-I63.9 bzw. I64.0, InEK 2008, zugrundeliegender Landesbasisfallwert: 2930,- €.

Basis-DRG	Text	BR	Erlöse in Euro	UGV /Tage	MGV /Tage	OGV /Tage
B70F	ohne Komplexbeh.	1,108	3.246,44	2	10	20
B70E	ohne Komplexbeh., mit Lyseverfahren	1,534	4.494,62	3	12	24
B70D	mit Komplexbeh.I	1,535	4.497,55	3	11	21
B70C	mit Komplexbeh.I, mit Lyseverfahren	1,879	5.505,47	3	12	23
B70B	mit Komplexbeh.II, Lyse ja/nein (ohne Auswirkung)	2,340	6.856,20	3	12	24
B70A	wesentlich HD Hirnblutung, mit Komplexbeh. II	2,825	8.277,25	4	14	29

Quelle: G-DRG Browser, HA Version 2008.

Tab. 6: Schlaganfallpatienten mit HD „Hirnfarkt oder Schlaganfall“, ICD I63.0-I63.9 bzw. I64.0, InEK 2014, zugrundeliegender Basisfallwert 3.117,36 €.

Basis-DRG	Text	BR	Erlöse in Euro	UGV /Tage	MGV /Tage	OGV /Tage
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag	0,316	985,09		1,0	
B70H	ohne Komplexbeh., verstorben < 4	0,696	2.169,68		2,4	

B70G	Komplexbeh. I	0,888	2.768,22		2,6	
B70F	ohne Komplexbeh.	0,962	2.998,90	2	8,1	17
B70E	ohne Komplexbeh., mit Lyseverfahren	1,415	4.411,06	2	9,4	20
B70D	mit Komplexbeh.I	1,345	4.192,85	2	8,1	16
B70C	mit Komplexbeh.I, mit Lyseverfahren	1,711	5.333,80	2	9,0	18
B70B	mit Komplexbeh.II/ Lyse ja/nein (ohne Auswirkung)	1,970	6.141,20		9,4	19
B70A	wesentlich HD Hirnblutung, mit Komplexbeh. II	2,448	7.631,30	3	11,6	23

Quelle: G-DRG Browser, HA Version 2014.

BR = effektive Bewertungsrelation

UGV/MGV/OGV = Untere/ Mittlere/ Obere Grenzverweildauer

HD = Krankenhaushauptdiagnose

Komplexbeh. I = Neurologische Komplexbehandlung, OPS Prozedurencode 8-981.0,
24 bis 72-stündige Überwachung

Komplexbeh. II = Neurologische Komplexbehandlung, OPS Prozedurencode 8-981.1,
mehr als 72-stündige Überwachung¹¹

Monitoring = OPS 8-930

Lyseverfahren = Systemische Thrombolyse, OPS 8-020.8

ohne Auswirkung = diese Prozedur hat keine Auswirkung auf die Bildung der DRG

Patienten mit der Aufnahmediagnose „Hirnblutung bei Schlaganfall“ werden mit einer höheren Baserate eingestuft. Bei jedem Patienten mit Hirnblutung erfolgt eine intensive Überwachung auf der Intensivstation mit Stroke Unit und rechtfertigt somit die Kodierung der „Neurologischen Komplexbehandlung“. Das Lyseverfahren darf hier nicht angewendet werden.

Tab. 7: Schlaganfallpatienten mit HD „Subarachnoidalblutung“ oder „Intrazerebrale Blutung“, ICD I60.0-I60.9 bzw. I61.0-I61.9, InEK 2008.

Basis-DRG	Text	BR	Erlöse in Euro	UGV /Tage	MGV /Tage	OGV /Tage
B70C	mit Komplexbeh. I	1,879	5.505,47	3	12	23
B70A	mit Komplexbeh. II	2,825	8.277,25	4	14	29

Quelle: G-DRG Browser, HA Version 2008.

¹¹ Die Begriffe „Komplexbehandlung I und II“ wurden zur Vereinfachung gewählt. In der Fachliteratur existiert diese Einteilung nicht.

Tab. 8: Schlaganfallpatienten mit HD „Subarachnoidalblutung“ oder „Intrazerebrale Blutung“, ICD I60.0-I60.9 bzw. I61.0-I61.9, InEK 2014.

Basis-DRG	Text	BR	Erlöse in Euro	UGV /Tage	MGV /Tage	OGV /Tage
B70C	mit Komplexbeh. I	1,711	5.333,80	2	9,0	18
B70A	mit Komplexbeh. II	2,448	7.631,30	3	11,6	23

Quelle: G-DRG Browser, HA Version 2014.

TIA-Patienten, die in der Behandlung weniger aufwendig als die Schlaganfallpatienten sind, werden im Vergleich verhältnismäßig hoch vergütet. Hier soll der zukünftig drohende Schlaganfall im Vorfeld verhindert werden. Im Falle des Schweregrades 4 kann bereits von einem vorliegenden Schlaganfall ausgegangen werden und der Fall dann in die „B70D“ bzw. „B70B“ eingruppiert werden.

Tab. 9: Patienten mit HD „TIA, Zerebrale transitorische Ischämie“, ICD G45.92, ICD G45.93, InEK 2008. (ICD G45.92 „Rückbildung innerhalb 1 bis 24h“, ICD G45.93 „Rückbildung innerhalb weniger als 1h“)

Basis-DRG	Text	SG	BR	Erlöse in Euro	UGV /Tage	MGV /Tage	OGV /Tage
B69E	ohne Komplexbeh.	0-4	0,683	2.001,19	1	6	13
B69D	mit Komplexbeh. I	0-3	1,004	2.941,72	1	6	13
B69B	mit Komplexbeh. II	0-3	1,322	3.873,46	0	7	15
B69A	mit Komplexbeh. I od. II	4	1,627	4.767,11	2	10	21

Quelle: G-DRG Browser, HA Version 2008.

Tab. 10: Patienten mit HD „TIA, Zerebrale transitorische Ischämie“, ICD G45.92, ICD G45.93, InEK 2014. (ICD G45.92 „Rückbildung innerhalb 1 bis 24h“, ICD G45.93 „Rückbildung innerhalb weniger als 1h“)

Basis-DRG	Text	SG	BR	Erlöse in Euro	UGV /Tage	MGV /Tage	OGV /Tage
B69D	ohne Komplexbeh.	0-3	0,705	2.197,74	1	5,2	11
B69C	mit Komplexbeh. I	0-4	1,013	3.157,89	1	5,2	11
B69B	mit Komplexbeh. I	4	1,898	5.916,75	3	11,4	22
B69A	mit Komplexbeh. II	0-4	1,451	4.523,29		6,3	13

Quelle: G-DRG Browser, HA Version 2014.

Entscheidendes Kriterium zur Eingruppierung, höheren Bewertungsrelation und damit zur Erlössteigerung des Falles ist die „Neurologische Komplexbehandlung“ (in der Tabelle nach I und II unterschieden, OPS 8-981.0 oder 8-981.1) und das in einigen Fällen durchgeführte Lyseverfahren. Die im Laufe der Behandlung auftretenden Komplikationen, wie Blutdruckkrisen, ein zusätzlicher Herzinfarkt, Aspirationspneumonie, Nierenversagen, Krampfanfälle, die Entwicklung eines Hirnödems oder sekundärer Hämorrhagien haben häufig keine Auswirkung auf die bestehende DRG und damit auf den Erlös des Falles, der wesentlich durch die Leistungen der Komplexbehandlung abgebildet wird. Für die Erlöskalkulation des Krankenhauses und bezogen auf die Schlaganfallpatienten würde dies bedeuten, dass die in einigen Fällen höher (als vergütet) liegenden Kosten durch niedrigere Kosten (eines weniger stark betroffenen Schlaganfallpatienten) ausgeglichen werden müssen. Die korrekte Kodierung aller Nebendiagnosen wie durchgeführter Prozeduren bietet gegenüber der Krankenkasse den Nachweis, dass diese Leistungen durchgeführt und vorgegebene Qualitätskriterien eingehalten worden sind. Für interne Kalkulationen ist es ebenso von Bedeutung, dass diese Daten für die umfassende Abbildung des Falles vorhanden und exakt aufgeführt worden sind.

Abschläge können durch die „Aufnahme aus“ einem anderen Krankenhaus oder Pflegeheim und bei „Entlassung nach“, der Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Rehaeinrichtung oder Pflegeheim, entstehen. Diese berechnen sich anhand der mittleren Verweildauertage. Wenn die Gesamtverweildauer des Patienten unter der mittleren Verweildauer liegt, wird für jeden „eingesparten“ Tag ein Abschlag bzw. eine Baserateminderung vorgenommen. Dieser Betrag wird vom Gesamterlös abgezogen. Ebenso verhält es sich bei Überschreitung der „Oberen Grenzverweildauer“ oder bei Unterschreitung der „Unteren Grenzverweildauer“, die durch entsprechende Zu- und Abschläge/je Tag ausgeglichen werden. Bei Abrechnung der „Neurologischen Komplexbehandlung“ entfallen diese Abschläge für das Krankenhaus.

Beim Vergleich einer früheren Berechnung (InEK-Vorgabe aus dem Jahre 2008) mit der heutigen InEK-Vorgabe 2014 fällt auf, dass die Baserate und damit die Erlösentwicklung für alle Schlaganfallpatienten wesentlich reduziert wurde. Höhere Erlöse (im Vergleich zu 2008) können nun für TIA-Patienten umgesetzt werden. Wenn Kliniken aber mehr schwere und damit kostenintensivere Patienten behandeln, bietet sich für sie wenig Kompensationsmöglichkeit durch die höher vergüteten TIA-Patienten. Sie müssen auf

anderem Wege versuchen, die Kostendeckung für ihre Schlaganfallpatienten sicherzustellen. Hier wird die Vorgabe einer vorzunehmenden Kürzung der Verweildauer deutlich. Bezugnehmend auf den IV-Vertrag Schlaganfall sollen noch weitere DRGs mit berücksichtigt werden: die DRGs B39 A-C sowie die DRGs B81A und B.

Tab. 11: Schlaganfallpatienten mit HD „Hirnfarkt“ oder „Intrazerebrale Blutung“, mit zusätzlicher OP oder Intensivaufenthalt mit Beatmung, InEK 2014.

Basis-DRG	Text	SG	BR	Erlöse in Euro	UGV /Tage	MGV /Tage	OGV /Tage
B39C	Komplexbeh. I, zusätzliche OP oder Intensivaufenthalt mit Beatmung	0-4	2,613	8.145,66	3	12,1	23
B39B	Komplexbeh. I od. II, mit OP oder Intensivaufenthalt mit Beatmung	0-4	3,778	11.777,39	3	13,2	25
B39A	Komplexbeh. II, mit OP und/oder Intensivaufenthalt mit Beatmung	4	5,990	18.672,99	4	14,3	27

Quelle: G-DRG Browser, HA Version 2014.

Tab. 12: Andere Erkrankungen des Nervensystems mit/ohne komplexe Diagnose; Sinusvenenthrombose, ICD I67.6, InEK 2014.

Basis-DRG	Text	SG	BR	Erlöse in Euro	UGV /Tage	MGV /Tage	OGV /Tage
B81B	ohne komplexe Diagnose	0-4	0,739	2.303,73	1	5,5	13
B81A	mit komplexer Diagnose, evtl. Komplexbeh. II	0-4	1,486	4.632,40	2	8,0	19

Quelle: G-DRG Browser, HA Version 2014.

Tab. 13: Ambulante Abrechnungswege für chronische neurologische Erkrankungen¹²

Hochschul-ambulanz	Vorstationär¹³	Nachstationär	Tagesklinik	MVZ
71,88 € je Quartal	114,02 € Behandlungstag	40,90 € Behandlungstag	376,00 €¹⁴ Tagesgleicher Pfleagesatz	15,75 € Grundpauschale Krankenhaus/Quartal 31,50 € Neurologische Grundpauschale/Quartal ¹⁵ + Behandlungs- und Untersuchungsleistungen

Quelle: Eigene Darstellung.

¹² Fachbereichsbezogene Abrechnung, Fachbereich Neurologie.

¹³ Vorstationäre, nachstationäre und tagesklinische Behandlung wird dem stationären Bereich zugeordnet.

¹⁴ Klinik intern, Neurologie: Basispflegesatz 97 € + Abteilungspflegesatz 279 €.

¹⁵ Auf Grundlage des EBM 2009, Grundpauschale für Altersstufe: Beginn 6. bis vollendetes 59. Lebensjahr.

Für chronisch verlaufende neurologische Erkrankungen bestehen unterschiedliche Wege der Abrechnung für die ambulante Behandlung im Krankenhaus:

3.5 Qualitätsmanagement für Schlaganfallpatienten

Ziel des zentralen Qualitätsmanagements der Klinik ist ein standortübergreifendes, strukturiertes, transparentes und vor allem gelebtes Qualitätsmanagementsystem (vgl. Strukturierter Qualitätsbericht der Klinik 2010, S. 905). Um im medizinischen Qualitätsmanagement eine führende Rolle einnehmen zu können, bestehen eine Vielzahl zentraler Projekte. Das Ziel eines umfassenden Qualitätsmanagements setzt einen hohen Anspruch an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität voraus. Alle Bereiche und Beteiligten müssen in dieses Konzept eingebunden werden. Im Mittelpunkt steht die konsequente Ausrichtung auf die Bedürfnisse des Kunden (insbesondere der Patienten und Mitarbeiter), sowie die kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisqualität. Um eine verbesserte Wettbewerbsposition durch zufriedene Kunden zu erreichen und gleichzeitig Kosten reduzieren zu können, soll eine konsequente Qualitätsverbesserung betrieben werden. Seit 2010 beteiligt sich die Klinik an der externen Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und will durch interne wie auch externe Vergleiche die Qualität der Klinik objektiv nachvollziehbar vermitteln. Es bestehen eine Vielzahl zentraler Projekte des Qualitätsmanagements.

Zentrale Projekte des Qualitätsmanagements (vgl. Qualitätsmanagement der Klinik 2014):

- Beschwerdemanagement für Patienten und Angehörige.
- Beschwerdemanagement für Mitarbeiter.
- CIRS – Critical Incidents Reporting System.
- Dekubitusmanagement.
- Delegation von Tätigkeiten.
- Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege.
- Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern.
- Qualitätsindikatoren.
- Initiative Qualitätsmedizin.

- Interne Audits nach dem Rotationsprinzip.
- Klinische Behandlungspfade.
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen.
- OP-Checkliste.
- Befragung Patienten- und Angehörigenzufriedenheit auf den Intensiv- und Überwachungsstationen.
- Patientenzufriedenheitsmessung.
- QM-Handbuch Krankenversorgung.
- Risikomanagement.
- Risikomanagement Weblog.
- Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V.
- Vereinheitlichung der Dokumentation.

Aus der großen medizinischen Tradition leitet sich für die Klinik der historische Auftrag, ethische Anspruch und die gesellschaftliche Verpflichtung ab, die Lebenswissenschaften und eine humane Wissensgesellschaft der Zukunft maßgeblich mitgestalten zu wollen (vgl. Strukturierter Qualitätsbericht der Klinik 2010, S. 904). Mission ist das Forschen, Lehren, Heilen und Helfen. Allen Patienten im stationären und ambulanten Bereich soll eine anspruchsvolle moderne, dem zeitgemäßen Standard der medizinischen Forschung entsprechende Diagnostik und Therapie in höchster Qualität angeboten werden. Eine humane und individuelle Betreuung muss sich an den physischen und seelischen Bedürfnissen des Patienten orientieren.

Ein hoher Wert besteht in der Wahrung wichtiger **Patientenrechte** (vgl. Patientencodex der Klinik 2014, S. 1ff.):

- Recht auf Information.
- Recht auf qualifizierte Behandlung.
- Recht auf qualifizierte Pflege und Versorgung.
- Wahlrechte der Patienten (auf Behandlung oder Nichtbehandlung oder zwischen mehreren gleichwertigen Behandlungen und Behandlungsmethoden).

- Rechte und Pflichten der Patienten auf Mitwirkung an der Behandlung (setzt Information des Arztes voraus, um den Behandlungserfolg zu sichern und Gefahren der Behandlung abwenden zu können).
- Einbeziehung der Patienten in Forschung und Lehre (universitäre Ausbildung der Ärzte).
- Dokumentation der Behandlung (jede Behandlung und Besonderheiten im Behandlungsablauf müssen dokumentiert werden).
- Einsichtsrecht (in die Krankenunterlagen).
- Vertraulichkeit der Patientendaten und Datenschutz (ärztliche Schweigepflicht).
- Recht auf würdevolles Sterben.

Eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist übergeordneter Motivator für das Qualitätsmanagement und bedarf im Hinblick auf die gezielte Planung, Umsetzung und Steuerung der Maßnahmen eines Qualitätsmanagement-Systems (vgl. Völzke 2014, S. 9). Für Krankenhäuser bieten sich mehrere prozessorientierte Modelle wie die DIN EN ISO 9000:2005, das Excellence-Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) oder das krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) (vgl. Ekkernkamp, Jakolow-Standke 2010, S. 74ff.). Ein QM-System kann die Grundlage für die Einführung eines umfassenden Qualitäts- und Führungskonzeptes im Sinne des Total Quality Managements (TQM) sein. Dieses stellt aus heutiger Sicht die umfassendste Qualitätsstrategie für ein Unternehmen dar (vgl. Kamiske, Brauer 2011, S. 203 und S. 311).

Die neurologische Klinik besitzt drei zertifizierte Schlaganfall-Spezialstationen (Stroke Units) zur Notfallbehandlung von Schlaganfallpatienten. Neben der Spezialsprechstunde für Schlaganfallpatienten besteht eine neurologische Frührehabilitation (vgl. Qualitätsbericht der Klinik 2012, S. 199). Das Berliner Schlaganfallregister liefert Daten für das Qualitätsmanagement (vgl. Berliner Schlaganfall-Allianz 2007, S.1). Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Berliner Schlaganfallregister (BSR) und dem Arbeitskreis Schlaganfall Berlin e.V. Beginnend mit dem Jahre 2007 konnten alle Kliniken nach dem Standard der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (SDSH) als überregionale Stroke Units zertifiziert werden.

Laut **Qualitätsbericht** aus dem Jahre 2012 wurden:

- 1424 Patienten mit der HD I63 „Hirnfarkt“ und damit Rang 1 der häufigsten Hauptdiagnosen in der Neurologie und **Kompetenzdiagnose**.
- 581 Patienten mit der HD G45 „Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome“.
- 159 Patienten mit der HD I61 „Intrazerebrale Blutung“

in der Neurologie stationär behandelt (vgl. Klinik Qualitätsbericht 2012, S. 218).

Die „Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ (OPS 8-981) erfolgte in 2140 Fällen, damit Rang 4 der am häufigsten durchgeführten Prozeduren der Neurologie und **Kompetenzprozedur** (vgl. Klinik Qualitätsbericht 2012, S. 200).

Der **IV-Vertrag Schlaganfall** beinhaltet einen hohen Anteil an begleitenden Maßnahmen zur Absicherung von Qualität und Sicherstellung eines hochwertigen und effizienten Qualitätsmanagements. Er bietet darüber hinaus Voraussetzungen zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Flankierend zur IV-Versorgung erfolgt eine wissenschaftliche Begleitung. Auf Grundlage von neuesten Erkenntnissen und nach Maßgabe des §§ 135a, 137 und 137d sowie § 20 SGB IX sind ein internes Qualitätsmanagement und die Einbindung in externe Qualitätssicherungsprogramme für das Krankenhaus und die Reha-Klinik verpflichtend (vgl. IV-Vertrag Schlaganfall 2012, S. 2 und S. 14). Die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen, medizinischen und medizin-technischen Voraussetzungen für die integrierte Versorgung müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts entsprechen (vgl. IV-Vertrag Schlaganfall 2012, S. 2ff.). Die gültigen Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie sind zu beachten. Wenn behandlungsbedürftige Begleiterkrankungen vorliegen, sind die Patienten über entsprechende Disease-Management-Programme nach §137f SGB V zu informieren und zu motivieren. Durch indikationsbezogene Behandlungspfade wird die Versorgung der Patienten weiter entwickelt. Das Krankenhaus stellt sicher, dass die Krankenunterlagen vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) zum Zwecke der Qualitätssicherung eingesehen werden können. Auftretende Bedenken werden gegenüber dem leitenden Abteilungsarzt oder seinem Stellvertreter dargelegt und mit diesem erörtert. Die Krankenkasse ist berechtigt, die Indikationsstellung und die Qualität und Angemessenheit der Behandlung jederzeit zu überprüfen. Wenn Bedenken bezüglich der Notwendigkeit, Dauer oder Art der Behandlung bestehen, darf der

MDK nach vorheriger Anmeldung für eine gutachterliche Stellungnahme die Räumlichkeiten des Vertragspartners betreten, Krankenunterlagen einsehen und in einzelnen Fällen Zweitmeinungen durch externe Gutachter einholen.

Klinik- und patientenbezogene Auswertungen der Bundes- bzw. Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS und LQS) werden der Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Bei der sukzessiven Umsetzung von spezifischen Qualitätszielen wird angestrebt, dass die Ergebnisse unterhalb des Mittelwertes, Medians und sofern vorliegend, dem Referenzwert der BQS liegen (vgl. IV-Vertrag Schlaganfall 2012, S. 14). Gespräche zur Ergebnisanalyse und die Erörterung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung werden zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus aufgenommen, wenn die gesetzten Qualitätsziele nicht erreicht werden. Bei wiederholter Mahnung liegt ein Grund für eine außerordentliche Kündigung vor. Alle Vertragspartner erstellen einen jährlichen gemeinsamen Qualitätssicherungsbericht analog § 137 SGB V (interner Qualitätsbericht). Der externe Qualitätsbericht enthält Auswertungen der externen Qualitätsmessung durch die Gesetzliche Krankenversicherung bzw. Rentenversicherung sowie vergleichende Aussagen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, und zur Patientenzufriedenheit. Beide Qualitätsberichte sind spätestens alle 2 Jahre der Krankenkasse vorzulegen.

Um dem hohen Qualitätsanspruch gerecht werden zu können, besteht eine enge Zusammenarbeit sowie der Informationsaustausch mit mehreren Institutionen:

Das **Schlaganfallzentrum** hat das Ziel, die Morbidität und Mortalität des Schlaganfalls zu senken. Es besteht aus Forschungsgruppen, die sich mit krankheitsbezogener Grundlagenforschung, klinischer Versorgung und Versorgungsforschung zum Thema Schlaganfall befassen (vgl. Schlaganfallzentrum 2014, S. 1).

Die **Berliner Schlaganfall-Allianz (BSA)** ist ein Netzwerk von mehr als 50 Versorgungseinrichtungen aus den Bereichen Akutversorgung, Rehabilitation und Nachsorge mit dem Ziel, die eigene Forschung früh in die Patientenversorgung eingehen zu lassen (vgl. Berliner Schlaganfall-Allianz 2014, Konzept). Die BSA wird federführend durch das Centrum für Schlaganfallforschung koordiniert und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Das **Berliner Schlaganfall-Register** wurde zu Beginn des Jahres 2007 von der Ärztekammer Berlin aus den Mitgliedern der AG Stroke Units gegründet und trat im selben Jahr der **Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR)** bei. Ziele sind die Erfassung und Auswertung regional und bundesweit vereinheitlichter Daten sowie die Vergleichbarkeit der Schlaganfallbehandlung mit anderen Regionen zu ermöglichen. Der bundesweit einheitliche Dokumentationsbogen der ADSR stellt eine neue Basis für die Erfassung und Auswertung der Daten in der Akutbehandlung dar (vgl. Berliner Schlaganfall-Register 2014, Konzept).

Das **Kompetenznetz Schlaganfall**, als Beispiel für eines der bestehenden Kompetenznetze in der Medizin, wurde 1999 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiiert und gefördert (vgl. Kompetenznetz Schlaganfall 2014, Ziele). Für verschiedene Krankheitsbilder sollen eine innovative multidisziplinäre Gesundheitsforschung auf höchstem Niveau ermöglicht und Forschungsergebnisse schnellstmöglich in die Patientenversorgung gebracht werden. Das Kompetenznetz, ein Zusammenschluss von Wissenschaftlern, Ärzten und Patienten, arbeitet mit weiteren medizinischen Forschungsverbänden zusammen und verfolgt das Ziel, übergreifende Fragen zu lösen und Qualitätsstandards weiterzuentwickeln.

AmbulanzPartner ist ein Projekt der Ambulanz für ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) und andere Motoneuronenerkrankungen an der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Charité. Es ist als Managementportal seit April 2011 im Produktivbetrieb. Entwickelt zur Koordination und Verbesserung der komplexen Hilfs- und Heilmittelversorgung von ALS-Patienten sowie der Abstimmung unterschiedlicher an der Versorgung beteiligter Partner, sollen Schnittstellen, die Bereiche Mobilität, Kommunikation, Ernährung, Beatmung und andere Versorgungselemente betreffend, reduziert werden. Ein Case Management und das Internetportal AmbulanzPartner werden in einem hybriden Produktkonzept vereint (vgl. Meyer et al. 2013, S. 159). Ausgehend vom ALS-Konzept wird eine Transferfähigkeit des Ansatzes für andere neurologische Erkrankungen gesehen.

Die **Schlaganfallsprechstunde der Klinik** betreut Schlaganfallpatienten im Hinblick auf spezielle Fragestellungen (vgl. Schlaganfallsprechstunde der Klinik 2014, S. 1):

- Klärung der **Schlaganfallursache** (diese bleibt in bis zu 25% der Fälle nach dem stationären Aufenthalt weiterhin unklar).
- **Verlaufskontrolle** nach stationärem Aufenthalt (mittels klinischer Untersuchung, Ultraschall, CT/MRT oder neurologischer Zusatzuntersuchungen, z.B. EEG).
- **Zweitmeinung** (bei unklarer Diagnose oder Behandlungsmöglichkeit).
- Festlegung der besten Behandlung bei **Stenose der Hirngefäße** (Operation, Gefäßstütze oder Medikamente).
- Festlegung der besten Behandlung mittels **Blutverdünnung** (Plättchenhemmung, Blutdrucksenker, Fettsenker).
- Behandlung der **Folgeerkrankungen**: z.B. Epilepsie, Depressionen und Antriebsstörungen, Spastik, Neglect, Aphasie, Thalamusschmerzsyndrom.
- **Spezielle Schlaganfallformen** (z.B. junge Patienten, Schwangere, Personen mit komplizierenden Begleiterkrankungen).
- Betreuung im Rahmen von **Schlaganfallstudien**.

Patienten nach erlittenem Schlaganfall haben ein erhöhtes Risiko für einen weiteren Schlaganfall. Neben der Betreuung durch den Hausarzt ist die enge Kooperation mit dem neurologischen Fachgebiet notwendig und dient der „**Sekundärprävention**“. Beim Vorliegen von bestimmten Risikofaktoren (beispielsweise hochgradiger Einengung der Halsgefäße, Rhythmusstörungen, Gerinnungsstörungen) kann die „**Primärprävention**“ durch rechtzeitiges Erkennen und rechtzeitiger Therapie das erstmalige Auftreten eines Schlaganfalls zumeist verhindern.

Die **Ärztammer Berlin** informiert zu verschiedenen Themen in den Bereichen Qualitätsmanagement und Patientensicherheit. CIRS ist ein anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse. Seit 2008 bietet das Netzwerk CIRS-Berlin, ein regionales Berichts- und Lernsystem an dem bereits 19 Berliner Kliniken teilnehmen, Hilfestellung zur Identifizierung, Auswertung und Beseitigung von Fehlerquellen an (vgl. Ärztekammer Berlin 2014). Es erfolgt eine Ursachenanalyse. Präventionsmaßnahmen werden entwickelt und umgesetzt. Anhand eines Online-Wissensportales soll Ärzten der Zugriff auf qualitätsgeprüftes und evidenzbasiertes Wissen, aus unterschiedlichen Quellen gebündelt, zur Verfügung gestellt werden. Das Guidelines International Network (G-I-N) ermöglicht den Erfahrungsaustausch von internationalen Experten und Leitlinien-Profis zur Erhöhung

der Qualität und Anwendbarkeit von Leitlinien und bemüht sich um die Schaffung von Ressourcen zur Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien.

3.6 Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Im Jahre 2008 wurde die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) als gemeinnütziger Verein durch 15 führende Krankenhausträger gegründet. Ziel ist die Sicherstellung und Weiterentwicklung eines höchstmöglichen Standards in der medizinischen Behandlungsqualität. Den mehr als 250 teilnehmenden Krankenhäusern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz werden innovative und anwenderfreundliche Instrumente zur Qualitätsverbesserung zur Verfügung gestellt. Als eine offene Qualitäts- und Fehlerkultur beruhen diese auf kollegialer Unterstützung sowie einem kollegialen voneinander Lernen unter Fachexperten und bieten Hilfe zur Selbsthilfe an (vgl. IQM Initiative Qualitätsmanagement e.V. 2014, S. 2ff.). Durch aktives Fehlermanagement sollen vorhandene erhebliche Qualitätsunterschiede sichtbar gemacht werden, um darüber Verbesserungspotenziale in der Versorgungsqualität aufzeigen zu können (vgl. IQM 2014, Startseite). IQM als trägerübergreifende Plattform ist offen für alle, unter der Voraussetzung, dass DRG-Fälle behandelt werden. Vorderstes Ziel ist nicht der primäre Qualitätsvergleich oder das Marketing von Kliniken (vgl. IQM Initiative Qualitätsmanagement e.V. 2014, S. 9). Das Engagement der IQM-Mitglieder ist freiwillig, geht weit über bestehende gesetzliche Anforderungen hinaus und richtet sich an drei Grundsätzen aus (IQM 2014, Startseite):

- Eine Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten, zur Identifikation von Verbesserungspotential und als Grundlage für aktive Qualitätsverbesserungen (vgl. IQM Initiative Qualitätsmanagement e.V. 2014, S. 10).
- Die Transparenz der Ergebnisse, durch deren Veröffentlichung Motivation zur Verbesserung gefördert wird (vgl. IQM 2014, Transparenz).
- Eine aktive Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren als Möglichkeit Verbesserungspotential zu identifizieren und voneinander zu lernen. Das Etablieren einer offenen Fehlerkultur ist Voraussetzung zur Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses (vgl. IQM 2014, Peer Review).

IQM setzt sich zur Aufgabe, im Interesse einer bestmöglichen Medizin und größtmöglicher Patientensicherheit Maßstäbe zu setzen und ist für alle Krankenhäuser offen, die dieses Verfahren zur konsequenten medizinischen Qualitätsverbesserung nutzen möchten. Indem die IQM-Krankenhäuser ihre Qualitätsergebnisse jährlich nach IQM-Standards publizieren, gehen sie weit über das gesetzliche Maß zur Transparenz hinaus. IQM-Krankenhäuser versorgen jährlich rund 4 Millionen Patienten stationär. Ihr Anteil an der stationären Patientenversorgung in Deutschland beträgt rund 19 %, in der Schweiz ca. 16 % und in Österreich ca. 15 %. Eingeschlossen sind kommunale, freigemeinnützige, öffentlich-rechtliche, internationale und private Krankenhäuser sowie zahlreiche Universitätskliniken (vgl. IQM 2014, Startseite).

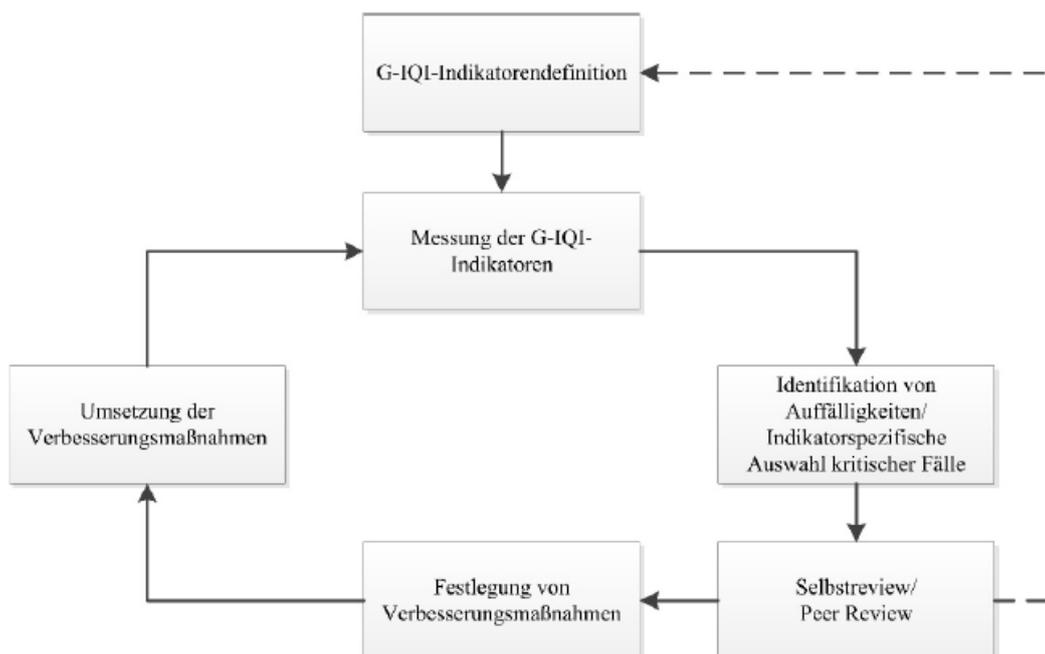
IQM-Krankenhäuser setzen sich dafür ein, dass medizinische Qualität messbar und transparent gemacht und zum Wohle des Patienten verbessert werden muss. Der Patient wird in den Mittelpunkt des Verfahrens zur aktiven Qualitätsverbesserung gesetzt. Somit wird die direkte Messung der für den Patienten bedeutsamen Ergebnisqualität wesentlich (vgl. IQM 2014, Wir über uns). Zur Verbesserung der Behandlungsqualität setzt IQM Maßstäbe für eine fortschrittliche Qualitätsmethodik mit offener Fehlerkultur und bietet einen praktisch erprobten Weg für deutlich mehr Qualität in der Medizin. Stimuliert werden sollen der trägerübergreifende Austausch und das interne Qualitätsmanagement der Mitgliedskrankenhäuser. Verantwortliche Führungskräfte haben die Möglichkeit, im konstruktiv-kritischen Dialog voneinander zu lernen.

Das deutsche Fallpauschalensystem (DRG) bietet weitreichende Qualitätsinformation aus Abrechnungsdaten, die für eine Qualitätsmessung mit Routinedaten genutzt werden kann. Jede Leistung im Krankenhaus wird zum Zwecke der Abrechnung kodiert. Routinedaten erfassen jeden behandelten Patienten, werden von den Kostenträgern überprüft und sind kurzfristig mit nur geringem Aufwand verfügbar (vgl. IQM 2014, Indikatoren). Es entsteht kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand in den Kliniken. Neben einer hohen Objektivität ist die leichte Überprüfbarkeit und damit Manipulationssicherheit der Daten gewährleistet. Zur Qualitätsmessung für den stationären Aufenthalt werden bei IQM mehrere Indikatorensets verwandt. Das G-IQI (German Inpatient Indicators) sowie das PSI (patient safety indicators) arbeiten mit Routinedaten (vgl. IQM 2014, Indikatoren). Ergänzt werden diese durch das SQG, vormals als BQS bekannt. Sektorenübergreifend kann das AOK-QSR, das ebenfalls mit Routinedaten arbeitet, angewandt werden (vgl. IQM Initiative

Qualitätsmanagement e.V. 2014, S. 7). Ziel ist die hohe Transparenz der Ergebnisse. Interne Transparenz dient der Definition von Qualitätszielen, der Identifikation von Optimierungspotential und der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung. Externe Transparenz signalisiert die Bereitschaft zur Qualitätsverbesserung. Die Publikation guter Ergebnisse erzeugt Motivation, ein auffälliges Ergebnis einen gesunden Druck zur Verbesserung (vgl. IQM 2014, Transparenz).

Wird bei einem Qualitätsindikator ein auffälliges Ergebnis gemessen und wenn die Auffälligkeit auf ein echtes Qualitätsproblem zurückzuführen ist, müssen konkrete Verbesserungsvorschläge erarbeitet und nachfolgend entsprechende Maßnahmen aktiv umgesetzt werden. Das von der IQM entwickelte Peer-Review-Verfahren ist ein originär ärztliches Verfahren. Bisher einmalig in Deutschland bietet es ein effektives Instrument zur Analyse und Verbesserung komplexer medizinischer Behandlungsprozesse (vgl. IQM 2014, Peer Review). Als unbürokratisches, auf den kollegialen Austausch fokussierendes, freiwilliges Verfahren und Instrument der ärztlichen Qualitätssicherung wird es zur Förderung der interdisziplinären trägerübergreifenden Zusammenarbeit und der Etablierung einer offenen Fehler- und Sicherheitskultur in den teilnehmenden Kliniken genutzt.

Abb. 2: Schematischer Ablauf der IQM-Methodik



Quelle: Völzke 2014, nach Mansky und Nimptsch 2014, S. 66; Mansky et al. 2013, S. A-19.

Behandlungsprozesse mit auffälligen Ergebnissen werden auf mögliche Fehler in den Abläufen, Strukturen und Schnittstellen hin untersucht. Identifizierte Qualitätsprobleme dienen als Grundlage für zielgenaue Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität. Die Peer-Review-Verfahren beruhen auf Hilfe zur Selbsthilfe. Betroffene sollen zu Beteiligten gemacht werden und voneinander lernen können. Für das interne Qualitätsmanagement können die Indikatoren als Basis für Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M&M-Konferenzen) dienen (vgl. Rohn, Martin 2014, S. 151).

Als anerkannte Fachexperten sind derzeit rund 250 Chefarzte bei IQM als Peers tätig. Seit 2010 wurden in den beteiligten Krankenhäusern über 200 Peer Reviews durchgeführt, deren Auswahl zentral erfolgte und sich auf die Ergebnisse der verwendeten Qualitätsindikatoren stützte. Für die Reviews werden Behandlungsfälle ausgewählt, die zu auffälligen Qualitätsergebnissen geführt haben. Die Aktenanalyse erfolgt auf Grundlage einer klar festgelegten Vorgehensweise mit einheitlichen Analysekriterien. Die anschließende Falldiskussion zwischen den Peers, dem verantwortlichen Chefarzt und seiner Abteilung ist das Kernstück der Reviews und im Verlauf entscheidend für die Akzeptanz und Wirksamkeit des Verfahrens. Als Ergebnis dieser Reviews können Qualitätsprobleme sowie konkrete Lösungsvorschläge zu deren Vermeidung, die sich in erster Linie auf interdisziplinäre Schnittstellen, Standards, Leitlinien, Dokumentation und Abläufe beziehen, identifiziert werden (vgl. IQM 2014, Peer Review). Die Verantwortung der Umsetzung obliegt dem Chefarzt vor Ort, die Unterstützung und Kontrolle dem Ärztlichen Direktor und der Geschäftsstelle des jeweiligen Krankenhauses. Die IQM Peer-Review-Verfahren werden von Experten der Bundesärztekammer begleitet, IQM-Peers seit dem Jahre 2011 nach dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin geschult.

Die Messung der Qualitätsergebnisse kann auf Grundlage von IQM-Qualitätsindikatoren erfolgen. Bezogen auf die Entwicklung der standardisierten Mortalitätsverhältnisse werden bereits mehrere schwerwiegende Indikationen verschiedener Fachbereiche abgebildet. Dabei wird die beobachtete Sterblichkeit der zu erwartenden Sterblichkeit einer nach Alters- und Geschlechtsadjustierung gleichartigen Bundesstichprobe gegenübergestellt. Ein ermittelter SMR < 1 zeigt an, dass die Sterblichkeit geringer ist, als dies im Bundesdurchschnitt zu erwarten wäre (vgl. Keller 2011, S. 46). Die als HELIOS-Verfahren bezeichnete Methode wurde beginnend im Jahre 2002 vom HELIOS Konzern im Rahmen

seines Qualitätsmanagements entwickelt. Die aktiven Interventionen in diesem Bereich führten zu relativ schnell erkennbaren Verbesserungen. Am Beispiel der Entwicklung des standardisierten Mortalitätsverhältnisses bei der Herzinfarktsterblichkeit konnte der HELIOS Konzern im Jahre 2008 die Sterblichkeit auf mehr als 20 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt liegend reduzieren (vgl. Keller 2011, S. 46). In der Schlaganfallbehandlung besteht die Anwendung der IQM-Qualitätsmessverfahren bezogen auf Todesfälle bei der Hauptdiagnose Schlaganfall, Hirninfarkt, Hirnblutung und TIA (Anteil mit/ohne Behandlung auf einer Stroke Unit) (vgl. IQM 2014, Qualitätsergebnisse, S. 1f. und abgebildetes Beispiel für den Schlaganfall im Anhang 4).

Im Hinblick auf einen flächendeckenden Einsatz des P4P-Ansatzes ist unter Experten ein Richtungsstreit entbrannt, ob die Bewertung der Qualitätsmessung auf Basis des BQS-Verfahrens oder des HELIOS-Verfahrens erfolgen sollte. Wesentlicher Unterschied beider Verfahren besteht bei dem BQS-Verfahren in der Erfassung klinischer Daten, die von klinikinternen Ärzten erhoben werden, beim HELIOS-Verfahren in einer Datenerfassung auf Basis von Abrechnungsdaten.

Problem der Indikatoren auf Basis von Routinedaten (administrativer Indikatoren) ist, dass sie über eine mangelnde Sensitivität verfügen und wegen ihrer mangelnden Sensitivität einen Großteil der Ereignisse übersehen (vgl. Schrappe 2014, S. 325). Sie weisen bei P4P-Programmen die Gefahr einer Mengenausweitung auf und sollten deshalb nur in Konzepten mit Einzelleistungsvergütung verwendet werden. Klinische Daten sind besser geeignet, haben jedoch den Nachteil, dass ihre Erhebung aufwendiger ist und nur unter Beteiligung von Experten erfolgen kann. Bereits etabliert sind Falldefinitionen analog der Infektionsepidemiologie (die Erfassung nosokomialer Infektionen). Sie können jedoch keine klinischen Diagnosen darstellen, sondern lediglich einer standardisierten Erfassung dienen. Falldefinitionen könnten weiterentwickelt und für die Qualitätsindikatoren übernommen werden (vgl. Schrappe 2015, S. 334f.).

Vorteil des BQS-Verfahrens sind die sehr differenzierten Daten, unterschiedlichste Indikatoren und Messinstrumente werden erfasst und ständig weiterentwickelt. Zugrunde liegt eine sehr genaue Risikoadjustierung. Klarer Nachteil des BQS-Verfahrens ist jedoch, dass es sehr arbeitsaufwendig ist und damit hohe Kosten an Arbeitszeit der Ärzte (zum Ausfüllen der BQS-Formulare) mit sich bringt. Da der Arzt klinische Daten erhebt, ist eine

hohe Manipulationsanfälligkeit gegeben. Langzeitwirkungen der Ergebnisqualität, wie beispielsweise die Sterblichkeitsquoten der Patienten innerhalb eines Jahres, werden vom BQS-Verfahren nicht erfasst. Ebenso findet die Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis keine Berücksichtigung (vgl. Keller 2011, S. 47f.). Mehrere AQUA-Qualitätsindikatoren sowie drei BQS-Qualitätsindikatoren beziehen sich auf ausgelöste Schlaganfälle bzw. den Tod durch Karotis-Revaskularisation. Ermittelt wird der Anteil der betroffenen Patienten. Die AQUA-Qualitätsindikatoren 2013 unterscheiden zwei Arten der Behandlung, die sich nach dem Grad der Verengung richten und nach „offen-chirurgischen“ sowie „kathetergestützten“ Eingriffen unterscheiden. Bei nur geringer Verengung oder bei symptomlosen Patienten kann bereits eine medikamentöse Therapie ausreichend sein. Versorgungsdefizite werden bezogen auf die Indikationsstellung und auf die Durchführung des Eingriffes vermutet. Die richtige Indikationsstellung nimmt einen wesentlichen Schwerpunkt für die Einführung des Qualitätssicherungsverfahrens ein (vgl. AQUA-Institut 2014, S. 3).

Das HELIOS-Verfahren hingegen bietet den Vorteil, dass die Qualitätsmessung auf Basis von Abrechnungsdaten erfolgt. Die Erfassung ist zeitnah, weniger zeitaufwendig und weniger manipulationsanfällig. Bisher erfolgten jedoch weder eine Erfassung der Langzeitwirkung der Ergebnisqualität, noch findet die Zufriedenheit der Patienten mit dem Behandlungsergebnis eine Berücksichtigung (vgl. Keller 2011, S. 48).

IQM-Qualitätsindikatoren bilden häufige und wichtige Krankheitsbilder ab, beispielsweise den Herzinfarkt, die Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Lungenerkrankungen (vgl. IQM 2014, Leseanleitung zu den Qualitätsindikatoren). Erfasst werden wichtige Verfahren, z.B. Gallenblasenoperationen, große Operationen im Bereich des Verdauungstrakts, Gefäßoperationen, gynäkologische Eingriffe, orthopädisch-unfallchirurgische oder urologische Operationen. Aus dem Bereich der Intensivmedizin werden Indikatoren zur Beatmung und zur Blutvergiftung betrachtet. Alle Indikatoren werden aus den Routinedaten des Krankenhauses ohne zusätzliche Dokumentation erhoben. Neben der Minimierung des Aufwandes kann eine hohe Objektivität der Daten sichergestellt werden. P4P könnte im weiteren Schritt genutzt werden, um in ausgesuchten Versorgungsbereichen die Qualitätsentwicklung durch finanzielle Anreize zu unterstützen (vgl. bibliomedmanager.de 2014, S. 2). Als Grundvoraussetzung ist es notwendig, dass die

Behandlungsleistung transparent, sektorenübergreifend und mit nur geringem Verwaltungsaufwand erfasst und ausgewertet werden kann. Geeignete Indikatoren zur sektorenübergreifenden Ergebnisqualitätsmessung müssen entwickelt werden, die speziell auf die Diagnose und die Rahmenbedingungen angepasst sind und die ärztliche Leistung angemessen widerspiegeln können.

Wesentlicher Messwert der IQM-Qualitätsindikatoren ist die **Sterblichkeit** bei verschiedenen Krankheitsbildern und Verfahren, die mit den bundesdurchschnittlichen Werten des Statistischen Bundesamtes (soweit verfügbar) verglichen wird (vgl. IQM 2014, Leseanleitung zu den Qualitätsindikatoren).

- **Absolute Mengeninformatio**nen werden bei Krankheitsbildern unterschieden, die eine Mindestfallzahl zur Gewährleistung einer hohen Qualität benötigen (z.B. Lungenkrebs, Brustkrebs).
- **Relative Mengeninformatio**nen beziehen sich auf Krankheitsbilder oder Operationen, bei denen ein gewisser Anteil nicht über- oder unterschritten werden sollte (Anteil bestimmter schonender Operationsverfahren an der Galle, im Bereich der Gynäkologie oder Geburtshilfe).
- Eine **Risikogewichtung** für das Alter und das Geschlecht der behandelten Patienten muss vorgenommen werden (im Vergleich werden ebenso die Bundesdaten nach Alter und Geschlecht getrennt publiziert).
- Der **Erwartungswert** besagt, welche Sterblichkeit bei einer Patientengruppe gleicher Alters- und Geschlechtsverteilung im Bundesdurchschnitt zu erwarten wäre und dient als wesentliche Orientierungshilfe. Für unterschiedliche Kliniken können sich durch Unterschiede in der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der Patienten unterschiedliche Erwartungswerte ergeben. Ziel für die einzelne Klinik ist, im Ergebnis unter diesem Erwartungswert zu liegen. Dieser kann nur berechnet werden, wenn alters- und geschlechtsgewichtete Werte für einen Indikator vorliegen.
- Die „**standardized mortality rate**“ oder „**SMR**“ bezeichnet die Beziehung zwischen der erwarteten Sterblichkeit und der tatsächlichen Sterblichkeit in der Klinik. Sie ist lediglich bei den Werten errechenbar, bei denen die zu erwartende

Sterblichkeit aus den Daten des Statistischen Bundesamtes bekannt ist. Der angestrebte SMR-Wert einer Klinik sollte unter „1“ liegen.

- Wenn keine entsprechenden Daten des statistischen Bundesamtes vorliegen, können **IQM Zielwerte** aus der wissenschaftlich relevanten Literatur, aus anderen Qualitätsmessungen (wie etwa der SQG) oder aus verabschiedeten Zielwerten der Fachgremien entnommen werden.
- Im „**low risk**“ Bereich kann die Sterblichkeit als Indikator dienen, um in der nachfolgenden Analyse dieser seltenen Ereignisse die eigentliche Breite der verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Prozesse sichtbar und verbesserungsfähig zu machen.

Qualitätsindikatoren zur Messung der Ergebnisqualität können durch Indikatoren zur **Prozessqualität** ergänzt werden. Diese können mehrere der folgenden Dimensionen abbilden:

- Rasche Diagnose und Einbindung des Patienten an ein festes Behandlungskonzept (Einsparung von exzessiver Diagnostik und Vermeidung multipler Diagnosen).
- Eine Reduktion der Rettungstellenbesuche.
- Die Reduktion der Krankenhauseinweisungen und ungeplanten Wiederaufnahmen.
- Wiederherstellung von körperlicher und psychosozialer Funktionalität.
- Die Stabilisierung des Krankheitszustandes des Patienten.
- Eine größere Zeitspanne unter Beschwerdefreiheit.
- Die Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit.
- Eine Verbesserung der Lebensqualität.
- Die Minimierung von spezifischen Auswirkungen der Erkrankung (Medikamentenabhängigkeit, psychosoziale Probleme, Vermeidung multipler Diagnosen).
- Die Vermeidung vermeidbarer Komplikationen/Patientensicherheit.
- Die höhere Patientenbindung und Patientenzufriedenheit.
- Eine begleitend hohe Prozessqualität sollte angestrebt werden.

Der wissenschaftliche Beirat der Stiftung IQM unterstützt den Verein, seine Organe und Ausschüsse durch die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Qualitätsmethodik und die

wissenschaftliche Beurteilung der Qualitätsergebnisse (vgl. IQM 2014, Wissenschaftlicher Beirat). Die Ergebnisse von IQM vermitteln für die Versorgungsforschung ausreichendes und schnell verfügbares Datenmaterial über den Stand, die Entwicklung und die Verbesserungsmöglichkeiten der medizinischen Versorgung.

Die Tätigkeit von IQM ist darauf gerichtet, die Wissenschaft und Forschung zu fördern (vgl. IQM 2014, Satzung, S. 2f.). Spezialisierung und Güte im Gesundheitssektor können im Interesse der Allgemeinheit (insbesondere der Patienten) gefördert und die ermittelten Qualitätsergebnisse gezielt zur Identifizierung von Qualitätsverbesserungspotentialen genutzt werden.

3.7 Die Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

Um auch die Ergebnisqualität nach erfolgter Behandlung beliebig lange messen zu können, wurde in einem Gemeinschaftsprojekt vom AOK-Bundesverband, dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) und den HELIOS-Kliniken GmbH, beginnend im Jahre 2002, ein neues Verfahren zur Qualitätsmessung entwickelt und eingeführt (vgl. Günsther et al. 5/2008, S. 173). Das QSR-Verfahren misst neben der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität ebenso die Langzeitqualität von Krankenhäusern (vgl. Günsther et al. 5/2008, S. 507). Wie beim HELIOS-Verfahren beruht die Datengrundlage des QSR-Verfahrens auf bundesweiten Abrechnungsdaten gemäß Datenaustausch nach §301 SGBV. Der Datensatz enthält Informationen zum Zeitraum der Behandlung, den Diagnosen und Prozeduren sowie den in Rechnung gestellten Leistungen (nach DRG/EBM) (vgl. Klauber et al. 2008, S. 173). Die erhobenen Qualitätsergebnisse werden dem Krankenhaus zugeordnet, das den Patienten zuerst versorgt hat. Möglich werden risikoadjustierte Messungen der Ergebnisqualität über einen längeren Zeitraum hinweg, unterstützt durch bestehende Behandlungspfade. Damit kann die Umsetzung eines Vergütungssystems geschaffen werden, welches Qualität mit Zu- und Abschlägen honoriert. Da das HELIOS-Verfahren und das QSR-Verfahren mit gleicher Datenbasis arbeiten und somit kein zusätzlicher Erfassungsaufwand erzeugt wird, könnte eine Kombination aus beiden Verfahren bei der Einführung eines P4P-Ansatzes besonders geeignet sein. Zur Umsetzung eines wirksamen ergebnisorientierten Qualitätsmanagements können sowohl die Qualität

während des stationären Aufenthaltes, als auch die Ergebnisqualität nach erfolgter Behandlung beliebig lange gemessen werden (vgl. Keller 2011, S. 51f.).

Bezogen auf bereits über 40 bestehende Ergebnis- und Verfahrenskennzahlen, haben sich die IQM-Krankenhäuser trägerübergreifend auf gemeinsame Zielwerte geeinigt. Diese können risikoadjustierte statistische Erwartungswerte oder auch Bundesreferenzwerte sein. Werden die Zielwerte nicht erreicht und wenn dieses auf bestehende Qualitätsmängel hinweist, wird eine festgelegte Reihenfolge von Maßnahmen angestoßen, deren Wirksamkeit das Krankenhaus anhand der Indikatoren regelmäßig überprüfen kann. QSR steht für Qualitätssicherung mit Routinedaten (ICD und OPS-Codes) und IQM als Kooperationspartner des Wissenschaftlichen Instituts von der AOK (WiDO) für das Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung. DIE IQM-Kliniken beziehen einen jährlich aktuellen AOK-QSR-Klinikbericht. Die Mehrjahresergebnisse einzelner Leistungsbereiche werden als QSR-Berichte im AOK Krankenhaus-Navigator für die öffentliche Berichterstattung über die Qualität deutscher Kliniken abgebildet (vgl. IQM 2014, Indikatoren).

Seit der Einführung der DRGs im Jahre 2003 sind in Deutschland die Grundlagen für eine routinedatenbasierte Qualitätsanalyse vorhanden. Die Erhebung von Routinedaten bietet einen hohen Grad an Objektivität und Validität, da sie eigenen Regeln wie den Kodierrichtlinien unterliegt und wegen ihrer finanziellen Relevanz von unterschiedlichen Instanzen auf ihre Plausibilität hin überprüft wurde. Die Qualität der administrativen Daten wird jedoch durch Änderungen in den maßgeblichen Katalogen (ICD-10-GM und OPS-301) sowie Unterschieden in Art und Umfang der Kodierung beeinflusst und schränkt darüber ihre Einsatzmöglichkeiten ein (vgl. QSR-Klinikbericht 2012, S. 7). Anhand von Routinedaten, die ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand für eine Klinik genutzt werden können, werden Qualitätsindikatoren für die Krankenhausbehandlung gebildet. Ereignisse während der Erstbehandlung und aus dem Zeitraum nach der Krankenhausbehandlung können berücksichtigt werden und sind für das Qualitätsmanagement der Klinik von Relevanz. Der AOK liegen administrative Routinedaten für alle AOK-Patienten vor und erlauben Langzeitbeobachtungen eines Behandlungsverlaufs über Verlegungs- und Sektorengrenzen hinweg. Bundesweite Vergleichsbewertungen (Benchmarkings) können erstellt werden und bieten dem Krankenhaus die Möglichkeit, die eigenen Ergebnisse einzuordnen.

Die Relevanz zur Umsetzung einrichtungsübergreifender Maßnahmen der Qualitätssicherung mit dem Ziel der Verbesserung der Ergebnisqualität und Einführung sowie Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems, hat vor dem Hintergrund des §137 Abs. 1d SGB V zugenommen. Mit dem im Januar 2014 unter Vorbehalt veröffentlichten Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem für nach §108 SGBV zugelassene Krankenhäuser und dem darin neu erfassten §5, werden die Stärkung der Patientensicherheit und die klare Ausrichtung auf Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) unterstrichen (vgl. G-BA 2014, S. 3ff.). Da diese Systeme nur einen Ausschnitt des Versorgungsgeschehens darstellen, können sie als ausschließliches Instrument zur Identifikation von unerwünschten Ereignissen, Beinahe-Schäden und Risiken als nur wenig geeignet angesehen werden (vgl. Hoffmann, Jonitz 2014, S. 65). Die IQM-Methodik und der Ansatz der aktiven Fehlersuche zum Ziel der Qualitätsverbesserung gehen über die gesetzlichen Anforderungen und Beschränkungen hinaus und bieten eine eigenständige Methode zur Umsetzung eines internen Qualitätsmanagements (vgl. Völzke 2014, S. 3). QSR-Ergebnisindikatoren stellen kein direktes Maß für gute oder schlechte Qualität dar, sondern geben ein Qualitätsbild, das interpretiert und gegebenenfalls durch interne Analysen ergänzt werden muss (vgl. QSR-Klinikbericht 2012, S. 8).

Das QSR-Verfahren analysiert ausgewählte Indikationsbereiche (Leistungsbereiche) eines Hauses (vgl. QSR-Klinikbericht 2012, S. 11). Die Auswahl der Leistungsbereiche und Qualitätsindikatoren erfolgt in enger Abstimmung mit klinischen Experten. Dem Qualitätsmanagement der Klinik werden Kennzahlen aus In-house und Follow-Up-Behandlungen an die Hand gegeben, die zum Teil nicht oder nur mit erheblichem Aufwand für eine Klinik gewonnen werden könnten (vgl. QSR-Klinikbericht 2012, S. 8f.).

Kriterien der Leistungsbereichsauswahl (QSR-Klinikbericht 2012, S. 11):

- Besonders häufige bzw. typische Krankheitsbilder/Prozeduren in einem Fachgebiet (**high volume**).
- Besonders risikoreiche Krankheitsbilder/Prozeduren, bei denen eine hohe (durch medizinische Maßnahmen beeinflussbare) Sterblichkeit oder Komplikationsrate bekannt ist (**high risk**).

- Krankheitsbilder/Prozeduren, bei denen aus wissenschaftlichen Studien eine hohe Variabilität der Sterblichkeit oder der Komplikationsraten bei starker Abhängigkeit von der Vorgehensweise bekannt ist (**problem prone**).
- Krankheitsbilder/Prozeduren, bei denen prinzipiell ein sehr geringes Risiko erwartet wird. Hier kommt es auf die Absenkung des Risikos auf nahe Null an (**low risk**).

Kriterien der Indikatorenauswahl (QSR-Klinikbericht 2012, S. 11):

- Eindeutigkeit der Ergebnisse (Sterblichkeit, Wiederaufnahmen, Prozeduren).
- Abbildbarkeit mit vorhandenen Klassifikationssystemen (Prozeduren, Diagnosen).
- Ausreichende Möglichkeit der Risikoadjustierung.
- Zuordenbarkeit von Leistung und Ergebnis.
- Versorgungsvariabilität.
- Robustheit gegenüber strategischem Kodierverhalten.

Aktuelle QSR-Leistungsbereiche erfassen die Herzinsuffizienz, den Herzinfarkt, Hirninfarkt oder die intrazerebrale Blutung, zudem Kolon- oder Rektum-Operationen bei kolorektalem Karzinom, die Appendektomie, Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose sowie Osteosynthese bei Hüftfraktur, Implantation einer Kniegelenks-Totalendoprothese und die Cholezystektomie. Das QSR-Tracer-Verfahren ist offen und wird kontinuierlich weiter entwickelt. Voraussetzung zur Teilnahme ist, dass nicht weniger als 10 AOK-Patienten im Berichtsjahr mit einer den Auswahlkriterien entsprechenden Diagnose/Prozedur behandelt worden sind.

Für den Hirninfarkt oder die intrazerebrale Blutung bestehen folgende leistungsbereichsspezifische Indikatoren:

- Operation der extrakraniellen Gefäße im Startfall oder innerhalb eines Jahres.
- Frührehabilitation im Startfall.

Tab. 14: Allgemeine Indikatoren (QSR-Bericht)

Indikator	Zeitraum
Sterblichkeit	<ul style="list-style-type: none">• Krankenhaussterblichkeit• 30 Tage nach Aufnahme• 90 Tage nach Aufnahme• 1 Jahr nach Aufnahme• 30 Tage nach Entlassung
Wiederaufnahme	<ul style="list-style-type: none">• 90 Tage nach Entlassung• 1 Jahr nach Entlassung

Quelle: QSR-Klinikbericht 2012, S. 13.

Ausgangspunkt im QSR-Verfahren ist die Ersterkrankung, die zu einem Krankenhausaufenthalt geführt hat bzw. der Startfall, der im Berichtsjahr im betreffenden Leistungsbereich erstmalig behandelt wurde (vgl. QSR-Klinikbericht 2012, S. 16).

- Alle Fälle mit Vorjahresereignissen werden ausgeschlossen.
- Bei Verlegung - auch innerhalb von 24 Stunden - wird der Fall im aufnehmenden Krankenhaus gewertet.
- Es werden nur Hauptdiagnosen gezählt (beispielsweise bei der Definition von spezifischen Wiederaufnahmen).

Die bezüglich der Ergebnisqualität erhobenen Daten werden dem Krankenhaus zugeordnet, das den Patienten zuerst stationär versorgt hat (vgl. Keller 2011, S. 49f.). Somit könnte die Steuerung des Gesamtbehandlungsverlaufes über den festgelegten Beobachtungszeitraum hinweg, von Seiten des Krankenhauses aus, das die Ersterkrankung behandelt hat und (aus Sicht der Klinik) die komplexeste und damit auch teuerste Behandlung sicherstellen muss, gerechtfertigt sein.

Die Qualitätsbewertung erfolgt über Qualitätsvergleiche zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den mitgelieferten Bundesdaten. Um faire Bedingungen für einen Vergleich zu schaffen, ist es erforderlich möglichst homogene Behandlungseinheiten zu generieren.

Eine **Risikoadjustierung** muss mehrere Faktoren berücksichtigen:

- Es müssen homogene Behandlungseinheiten verglichen werden (möglichst einheitliche Patientengruppen, einheitliche Behandlungsverfahren, Tracer-Verfahren).
- Der Anteil der Varianz, der nicht auf die Behandlungsgüte zurückzuführen ist, muss möglichst gering sein.
- Patienteneigenschaften (Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung).
- Krankenhausmerkmale (Bettenzahl, Versorgungsstufe).
- Zufällige Faktoren.

Die Risikoadjustierung erfolgt mit Hilfe der logistischen Regression, es stehen die Daten aus dem § 301-Datensatz zur Verfügung (vgl. QSR-Klinikbericht 2012, S. 16). In erster Linie werden Patienteneigenschaften berücksichtigt. Da aus Patientensicht der Behandlungserfolg nicht von der Größe des Krankenhauses abhängt, wird keine Adjustierung nach Krankenhausmerkmalen vorgenommen.

Bestehende Variablen zur Risikoadjustierung bei Hirninfarkt oder intrazerebraler Blutung:

Kardiomyopathie, AV-Block III. Grades, Aorten- und Mitralklappenvitien, ventrikuläre Tachykardie, Artherosklerose der Extremitätenarterien, schwere Nierenerkrankung, chronische Niereninsuffizienz, bösartige Neubildungen, Metastasen (vgl. QSR-Klinikbericht 2012, S. 17).

Grundlegender Bestandteil des Qualitätsmanagements ist der anonymisierte und standardisierte Ergebnisvergleich mit anderen Krankenhäusern in Form eines Benchmarkings. Methodische Artefakte können die Interpretation erschweren, wenn die Ereignisse selten (z.B. Sterblichkeiten) oder die Grundgesamtheiten je Krankenhaus sehr klein sind. Um statistische Verzerrungen zu vermeiden, muss die jeweilige Leistung mindestens 10-mal pro Jahr (30-mal im Dreijahreszeitraum) mit der AOK abgerechnet worden sein. Versichertenbezogene Daten müssen anonymisiert zusammengeführt werden und dürfen nicht reidentifizierbar sein (vgl. QSR-Klinikbericht 2012, S. 18f.).

Für jeden Tracer können QSR-Indikatoren in Form von Kennzahlen und Subgruppen abgebildet werden, die die Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit erleichtern (vgl. QSR-Klinikbericht 2012, S. 106).

Kennzahlen:

- Anzahl Patienten/Fälle.
- Anteile verstorbene Patienten.
- Mittlere Verweildauer.
- Anteil verlegter oder wiederaufgenommener Patienten.
- Alter bei Erstaufnahme.

Gruppen:

- Grundgesamtheit.
- Standarduntergruppen.
- Operative Untergruppen.
- Begleiterkrankungen.
- Potentielle Komplikationen.
- Standarduntergruppen Wiederaufnahme.
- Spezifische Interventionen im Startfall.
- Spezifische Interventionen im 1. Jahr.
- Spezifische Wiederaufnahmediagnosen im 1. Jahr.
- Sterblichkeit.

Eintrittswahrscheinlichkeit von Fehlern im Behandlungsverlauf

Der IQM-Methodik zugrunde liegt die Forderung nach Fehlervermeidung und einer kontinuierlichen, messbaren Verbesserung im Rahmen eines wirksamen QM-Systems (vgl. Völzke 2014, S. 95). Die Eintrittswahrscheinlichkeit von Fehlern im Behandlungsverlauf kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden (vgl. Völzke 2014, S. 68).

Fehler im Behandlungsverlauf:

- unerwünschte Arzneimittelwirkungen.
- Stürze.
- Komplikationen im Rahmen diagnostischer und therapeutischer Interventionen.

Eintrittswahrscheinlichkeit von Fehlern durch **Charakteristika der Erkrankung:**

- Schweregrade.
- Häufigkeit.

Eintrittswahrscheinlichkeit von Fehlern durch bestimmte **Patientenmerkmale:**

- Alter des Patienten.
- Begleiterkrankungen.
- Komplexität der Versorgung.
- sozioökonomische Faktoren.

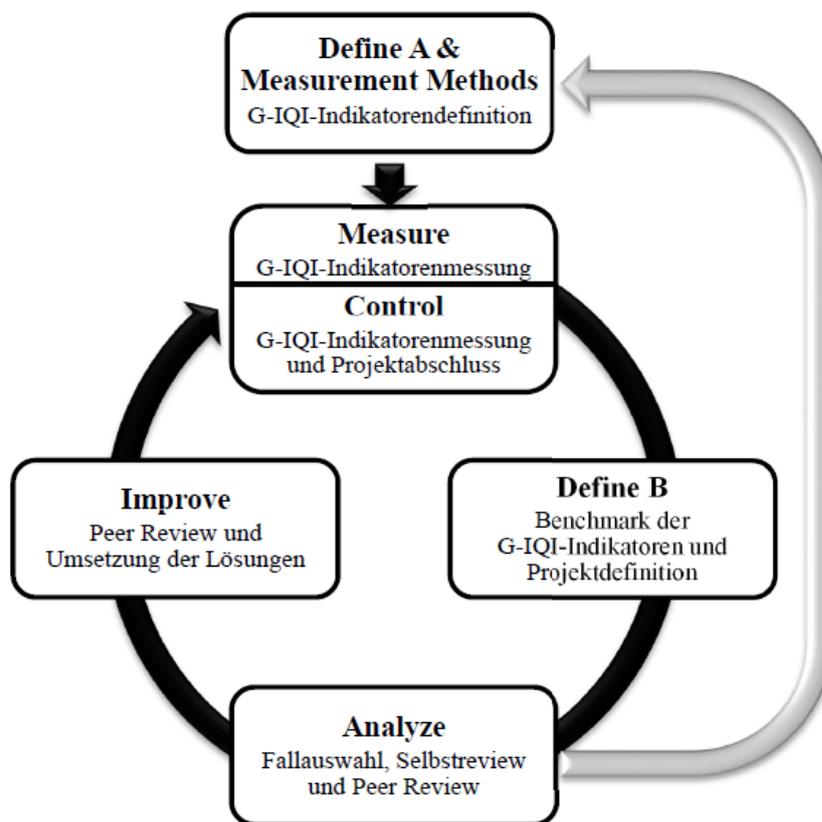
Eine Verhinderung aller Fehler, im Sinne von unerwünschten Ereignissen oder medizinischen Komplikationen, kann aus obengenannten Gründen nicht immer möglich sein. Nicht jede Komplikation ist als ein Fehler einzustufen. Im Einzelfall müssen schwere Nebenwirkungen bei der Verabreichung von medizinisch notwendigen, lebensrettenden Arzneimitteln in Kauf genommen werden, um die Grunderkrankung behandeln zu können (vgl. Völzke 2014, S. 68). Manche medizinische Komplikation kann nicht verhindert werden und führt nachfolgend zu einem Schaden des Patienten. Folglich darf es nicht um einen auf Schuldzuweisungen basierenden Umgang mit Einzelfehlern gehen, sondern es sollte vielmehr das Begreifen von Fehlern im Hinblick auf ein potenzielles Systemversagen unterstützt werden. Das Auftreten von Fehlern kann als Indiz für vermeidbare systemische Schwachstellen gesehen werden (Mansky et al. 2013, S. A-21). Ereignisse werden als vermeidbar angesehen, wenn sie durch Einhaltung der geltenden Sorgfaltsregeln hätten verhindert werden können (vgl. SVR 2003, S. 55f., zitiert in Völzke 2014, S. 68). Um tatsächliche Fehlerquoten bestimmen zu können, muss eine Unterteilung des gesamten Anteils an Komplikationsfällen und dem Anteil der vermeidbaren Fälle vorgenommen werden (zur Verdeutlichung dient das Beispiel im Anhang 6).

3.8 Der DMAIC-Zyklus

Die fünf sequentiell ablaufenden Phasen des DMAIC-Zyklus lehnen sich an den PDCA-Zyklus an (vgl. Jochem et al. 2011a, S. 55). Sie können Verbesserungspotentiale in IQM-Projekten aufzeigen. Durch den Einsatz des DMAIC-Kernprozesses können bestehende Probleme messbar gemacht und nachhaltig verbessert werden (vgl. Gundlach, Jochem 2008, S. 21). Dabei wird ein reales in ein statistisches Problem überführt (vgl. Toutenburg,

Knöfel 2009, S. 23). Lösungen zur Optimierung von Parametern und Prozessen können ermittelt werden. Der DMAIC-Zyklus gewährleistet eine zusammenhängende und aufeinander abgestimmte Anwendung von Methoden zur Erreichung des Projektziels. Der Inhalt jeder abgeschlossenen Phase stellt den Input für die nachfolgende Phase dar (vgl. Koch 2011, S. 157). Das Spezielle dieses Zyklus ist, dass er ebenso für interdisziplinäre Projekte genutzt werden könnte.¹⁶

Abb. 3: Die IQM-Methodik im DMAIC-Zyklus



Quelle: Völzke 2014, S. 72.

Die **G-IQI-Indikatorendefinition** ist dem Verbesserungsprojekt vorgelagert. Die Wünsche der relevanten Kunden (des Patienten) werden erfasst und ausgewertet, um kritische Qualitätsmerkmale ermitteln zu können (vgl. Jochem et al. 2011a, S. 44). Die Auswahl der Messverfahren (Indikatoren für die Ergebnisqualität) orientiert sich an den für Patienten höchst relevanten Parametern (z.B. der Krankenhaussterblichkeit) (vgl. Mansky

¹⁶ Die folgenden Seiten basieren auf Völzke 2014, Vergleich von Six Sigma und der IQM-Methodik, S. 70ff.

et al. 2013, S. A-9). Die kritischen Kundenanforderungen sind relevante Eingangsgrößen bei der Bestimmung der einzelnen Messgrößen (vgl. Kohl, Röhrig 2011a, S. 94).

In der **Measure-Phase** erfolgt die Output-Messgrößen-Analyse und die Festlegung des Messsystems mit Definition der G-IQI-Indikatoren. Ergebnisse der Output-Messgrößen-Analyse sind die Erwartungs- bzw. Zielwerte (vgl. Kohl, Röhrig 2011b, S. 130ff.), die den Bundesreferenzwerten entsprechen (vgl. Mansky et al. 2013, S. A-7). Sie werden direkt aus der vollständigen fallpauschalenbezogenen DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes des jeweiligen Jahres ausgewertet (vgl. Schuler, Zacher 2013, S. 3). Die Messpunkte im Prozess werden festgelegt. Mindestens zweimal jährlich werden die Indikatoren anhand der Daten nach §21 des Krankenhausentgeltgesetzes gemessen (vgl. Mansky et al. 2013, S. A-19). Die Messsystem-Analyse ist Nebenprodukt des eigentlichen Verbesserungsprozesses und dient der Weiterentwicklung des DRG-Systems und der medizinischen Klassifikation. Die Bewertung und Weiterentwicklung der Kennzahlen wird wesentlich von den gewonnenen Erkenntnissen der Anwender im Rahmen der Fallanalyse beeinflusst (vgl. Nimptsch, Mansky 2014, S. 34). In der Measure-Phase erfolgt die eigentliche Messung der Indikatoren (Datenerfassung, grafische Darstellung, Prozess-Performance-Analyse). Die Datenerfassung übernimmt der technische Kooperationspartner 3M und berechnet das Ergebnis der einzelnen Indikatoren. Die Beurteilung der Messwerte erfolgt durch den Vergleich mit den Erwartungs- bzw. Zielwerten und ermöglicht im weiteren Verlauf Vermutungen über Variationsursachen zu entwickeln.

Auf Basis der gemessenen Werte wird in der **Define B-Phase** das Verbesserungsprojekt definiert. Die Ergebnisse einzelner Krankenhäuser werden zentral erfasst und vom Fachausschuss Peer Review für die Initiierung der Peer-Reviews verwendet. Das Benchmarkergebnis ist Anstoß für die Projektdefinition (Gundlach, Jochem 2008, S. 25). IQM stellt konkrete Leitlinien für die Durchführung der Peer-Review-Verfahren und der M&M-Konferenzen bereit (Rohn, Martin 2014, S. 151ff.). Aus dem betrachteten Indikator und dem gemessenen Ergebnis ergibt sich die Formulierung der Problemstellung, die Ausgangspunkt eines Verbesserungsprojektes ist und grundsätzlich den gesamten Behandlungsprozess auf den Prüfstand stellt (Mansky et al. 2013, S. A-10).

Die **Analyze-Phase** ist als Kern-Element zu betrachten (vgl. Töpfer 2007, S. 459) und beginnt, nachdem die Krankenhäuser für ein Peer Review ausgewählt wurden. Im Mittelpunkt steht die Identifizierung der Abweichungsursachen (vgl. Koch 2011, S. 162). Das Peer-Review-Verfahren, alternativ die M&M-Konferenzen sind zentraler Bestandteil der Methodik (vgl. Mansky et al. 2013, S. A-10). Für ein Peer-Review werden von einer zentralen und nicht zum Krankenhaus gehörenden Stelle potenzielle Fälle für die Durchführung des Peer-Reviews aus den anonymisierten Daten nach §21 KHEntgG ausgewählt (Aktenanalyse der z.B. auf den Indikator „Sterblichkeit“ bezogenen Todesfälle). Die relevante Prozessanalyse und die Ermittlung von Einflussgrößen erfolgen durch das Selbstreview, durch externes Expertenwissen im Rahmen der Peer Reviews und innerhalb der M&M-Konferenzen. Wesentlich ist, dass die G-IQI-Indikatoren potenziell zu verbessernde Behandlungsprozesse hinreichend gut identifizieren können (vgl. Mansky et al. 2013, S. A-24).

In der **Improve-Phase** werden im Team (beim Peer Review bestehend aus externen Reviewern und Prozessbeteiligten des jeweiligen Krankenhauses) Lösungsideen erarbeitet und präzisiert (vgl. BÄK 2013, S. 19). Grundlagen sind die logischen Folgerungen aus der Prozessanalyse sowie Erfahrungen und Beobachtungen von Prozessbeteiligten. Im Rahmen des Peer-Reviews wie den M&M-Konferenzen wird ein Katalog von erreichbaren und nachhaltigen Verbesserungsmaßnahmen mit definiertem Umsetzungszeitplan festgelegt (vgl. BÄK 2013, S. 38). Verbindliche Richtlinien bzw. medizinische Leitlinien müssen berücksichtigt werden. Der obersten Managementebene wird ein mündliches Feedback der Fremdbewertung und des kollegialen Gesprächs unter Aufzeigen der Vorteilhaftigkeit der entwickelten Verbesserungsmaßnahmen gegeben (BÄK 2013, S. 20). Die Einrichtung selbst entwickelt einen Maßnahmenplan zur kontinuierlichen Implementierung der Verbesserungsmaßnahmen. Die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen wird im Rahmen der Umsetzungsplanung sowie einer Kosten-Nutzen-Analyse verifiziert. Die nachhaltige Realisierung der Verbesserung ist abschließender Bestandteil der Improve-Phase.

In der **Control-Phase** wird der neue Ist-Prozess, nach erfolgreicher Implementierung und Stabilisierung der optimierten Lösung, standardisiert (vgl. Jochem et al. 2011a, S. 52). Als Erfahrungs- und Arbeitsanweisung werden Standards zur Diagnostik und Therapie der spezifischen Erkrankungen und Behandlungspfade erstellt und etabliert (vgl. Templin

2011, S. 119). Im Mittelpunkt stehen die Sicherung des erarbeiteten Nutzens sowie ein einheitliches Verständnis des Prozesses bei Projekt-Team und Prozesseignern (vgl. Kohl, Röhrig 2011c, S. 270f.). Im Rahmen der Prozessverfolgung, zur Kontrolle der Wirksamkeit der Veränderungsmaßnahmen und zur Überprüfung der wirksamen Beseitigung der Problemursachen, erfolgt die erneute Messung der G-IQI-Indikatoren. Die messbare Verbesserung der Ergebnisqualität wird als Nutzen der IQM-Methodik gesehen und bezeugt, dass die Verbesserungsmaßnahme erfolgreich war (vgl. Völzke 2014, S. 79f.). Ein weiterhin über dem Erwartungs- bzw. Zielwert liegender Indikator kann zur Ergreifung zusätzlicher Maßnahmen oder der erneuten Durchführung des gesamten Prozesses führen (vgl. Mansky, Nimptsch 2013, S. 533, zitiert in Völzke 2014, S. 80). Nach dem formalen Projektabschluss erfolgt die gemeinsame Bewertung der Projektergebnisse, basierend auf der erneuten Messung der G-IQI-Indikatoren sowie die abschließende Anfertigung eines Projektabschlussberichtes.

Erste wissenschaftliche Ergebnisse für die Anwendung der IQM-Methodik bei den HELIOS Kliniken weisen auf die Wirksamkeit dieses Verfahrens hin (vgl. Nimptsch, Mansky 2013). Zudem können neueste Studien belegen, dass mit der Durchführung von M&M-Konferenzen signifikante Verbesserungen der Mortalitätsrate als Ergebnisparameter erzielt werden konnten (vgl. Barbieri et al. 2013, S. 387).

Rollenstruktur innerhalb der Organisation der IQM-Projekte

Innerhalb der Organisation der IQM-Projekte, die von der Geschäftsführung des jeweiligen Krankenhauses initiiert werden, ist vor allem die Rollenverteilung der Mitwirkenden von Bedeutung. Die Einbindung der Geschäftsführung ist je nach Umfang und strategischer Bedeutung des Projektes unterschiedlich stark, die Integration der Rollen in die bestehende Unternehmensorganisation muss berücksichtigt werden. Der Geschäftsführung obliegt die Entscheidung für die Einführung der IQM-Methodik und die Gesamtverantwortung für alle Qualitätsinitiativen. Die Spezialisten sind für die Verbesserungsarbeit zuständig. Sie stellen einen Erfolgsfaktor für das gesamte Projekt dar (vgl. Völzke 2014, S. 80f.). Die Umsetzung der Verbesserungsarbeit muss als gemeinsames Ziel verstanden werden. Die kontinuierliche Einbindung der Geschäftsführung in das Verbesserungsprojekt dient der Motivation und Überzeugung der einzelnen Mitarbeiter (vgl. Jochem et al. 2011b, S. 35).

Tab. 15: Rollenstruktur innerhalb von IQM-Projekten

Rollenverteilung IQM-Projekte	Verantwortungsbereich
Geschäftsführung	Gesamtverantwortung für alle Qualitätsinitiativen
Qualitätsmanagement/ Peer-Review-Team	Projekttreiber mit Ressourcen- und Budgetverantwortung
Chefarzt mit Leitungserfahrung Peer Review	Leitung strategischer Projekte, Trainer und Ausbilder
Chefarzt	Leitung bereichsübergreifender Projekte und Spezialist
Oberärzte	Mittleres Projektmanagement, Teammitglied
Assistenzärzte, Pflegekräfte	Potenzielle Projektmitarbeiter (Grundkenntnisse)

Quelle: Völzke 2014, S. 81.

3.9 Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Einführung und Umsetzung von IQM-Projekten

Voraussetzung für eine erfolgreiche Einführung und Umsetzung von IQM-Projekten ist die Erfüllung mehrerer **Erfolgsfaktoren** (vgl. Völzke 2014, S. 83ff.).

Die Projektauswahl:

- Ist für den erfolgreichen Einsatz der IQM-Methodik entscheidend.
- Ein auffälliger Indikator ausschlaggebend für die Initiierung eines Peer-Reviews, Selbstreviews bzw. einer M&M-Konferenz.
- Im Mittelpunkt steht die medizinische Ergebnisverbesserung.

Die Unterstützung durch die Geschäftsführung und die Chefarzte:

- Dient der Beseitigung von Unsicherheit bei den Mitarbeitern.

- Die erfolgreiche Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen unter Einbindung des gesamten Ärzte- und Pflegeteams kann die Akzeptanz des Projektes steigern (vgl. Templin 2011, S. 117ff.).

Die Integration in die Unternehmensstrategie unter Berücksichtigung der Unternehmenskultur:

- Die strategische Verbindung der Interessen des Patienten, des Mitarbeiters und dem Unternehmen hat erheblichen Einfluss auf den Erfolg des Verbesserungsprojektes.
- Die Einführung der IQM-Methodik erfolgt stets progressiv und in kleinen Schritten (vgl. Rink 2013, zitiert in: Völzke 2014, S. 85).
- Ziel ist die Ergebnisqualität im Unternehmen zu verbessern und gleichzeitig die Anforderungen der Patienten besser zu erfüllen.
- Eine erfolgreiche Unternehmensstrategie ist auf die Berücksichtigung der Unternehmenskultur angewiesen.

Die Einbeziehung aller Mitarbeiter:

- Ist wesentlich für die Akzeptanz der Verbesserungsmethodik von IQM und damit für den nachhaltigen Erfolg von Verbesserungsmaßnahmen.
- Fehlende Information zur IQM-Methodik und dem speziellen Verbesserungsprojekt erschweren häufig den Projektbeginn (vgl. Egle et al. 2011, S. 122f.).
- Befürchtungen der Mitarbeiter richten sich gegen zusätzliche Arbeit, zudem besteht die Angst vor Neuem (vgl. Blum et al. 2012, S. 20).

Methodenkenntnis und Training:

- Die Leitung des Verbesserungsprojektes obliegt dem Chefarzt der jeweiligen Fachabteilung. Dieser entscheidet, welche Mitarbeiter in das Projekt einbezogen werden.
- Entscheidender Erfolgsfaktor ist das vorhandene Methodenwissen und die Erfahrung der Peers.
- Die Durchführung der Peer-Review-Verfahren und der M&M-Konferenzen wird durch konkrete Leitlinien festgelegt (vgl. Rohn, Martin 2014, S.151ff.).

- Ein entsprechendes Training der Beteiligten im Verbesserungsprojekt kann die Bereitschaft zur Verbesserungsarbeit und die Verbreitung der Methodik im Unternehmen fördern (vgl. Utler 2013, S. 93).

Die Bereitstellung von Ressourcen:

- Ressourcen werden in finanzieller und vor allem auch in nichtfinanzieller Hinsicht benötigt. Nicht-finanzielle Ressourcen bei IQM-Projekten betreffen die organisatorische und personelle Infrastruktur.
- Da die Mitarbeiter in den Projekten nicht vollzeitbeschäftigt sind, müssen für die Peer Reviews und die Umsetzung von M&M-Konferenzen ausreichend personelle Ressourcen bereitgestellt werden, um die Kontinuität des Projektes sicherstellen zu können.

Ausdauer und Verantwortung:

- Das Engagement der Schlüsselpersonen (Geschäftsführung und Chefärzte) ist für den Erfolg des Projektes entscheidend (vgl. Magnusson et al. 2004, S. 52).
- Seitens der Peers ist die Übernahme von Verantwortung notwendig, um die Defizite der Indikatoren erkennen zu können.
- Durch Rückmeldung von Defiziten an die Entwickler der G-IQI-Indikatoren kann die Verbesserung des Indikatorensatzes und des gesamten Verbesserungsprozesses bewirkt werden (vgl. Mansky et al. 2013, S. A-20).

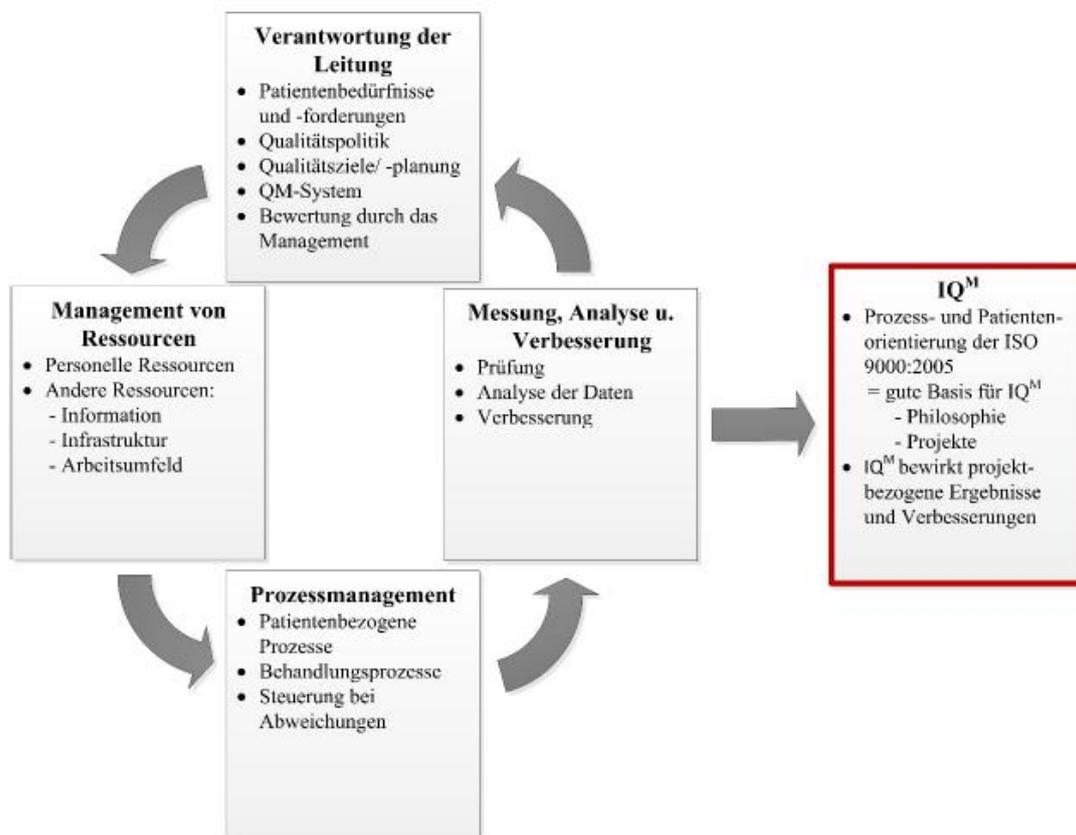
Die Nutzung von Messergebnissen aus den G-IQI-Indikatoren:

- In Verbindung mit Verfahren der Qualitätsverbesserung (Peer Reviews) können Verbesserungen der Prozessleistung, sowie die Beseitigung von Schwachstellen bewirkt werden (vgl. Mansky et al. 2013, S. A-9).
- Angenommen wird, dass jeder über dem Erwartungs- bzw. Zielwert liegende Indikator das Verbesserungspotenzial eines Behandlungsprozesses birgt (vgl. Mansky et al. 2013, S. A-17).
- Zur Verbesserung der Behandlungsqualität bedarf es bei allen Projektbeteiligten eines eindeutigen Verständnisses der Ergebnisse über die aktuelle Ergebnisqualität.

Die Weiterentwicklung der IQM-Methodik

Grundlegendes Bestreben der IQM-Methodik ist die messbare Qualitätsverbesserung. Um deren volle Wirkung erzielen zu können, müssen die einzelnen Prozessschritte konsequent umgesetzt werden (vgl. Jochem et al. 2011a, S.55). Bei der Umsetzung im Krankenhaus kann die IQM-Methodik als internes Qualitätsmanagementsystem gewertet werden, zu dessen Definition die DIN EN ISO 9000:2005 berücksichtigt werden muss (vgl. Völzke 2014, S. 89). Gemäß der Vorgaben der DIN EN ISO 9000:2005 kann ein qualifiziertes und vollwertiges internes QM-System eines Krankenhauses dargestellt werden. Es entspricht den Forderungen des §135a Abs. 2 S. 1 und 2 SGBV nach einer Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung (mit Fokus auf der Ergebnisqualität) sowie der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und dessen Weiterentwicklung (vgl. Völzke 2014, S. 96).

Abb. 4: Realisierung und Umsetzung der DIN EN ISO 9000:2005 durch die IQM-Methodik



Quelle: Völzke 2014, S. 91. Nach Töpfer, Günther 2007; S. 347.

Um die IQM-Methodik in ein vollwertiges QM-System überführen zu können, muss die Verbesserung der G-IQI-Indikatoren in die Qualitätssicherung und Qualitätsziele des Krankenhauses aufgenommen werden. Zur Zielerreichung ist eine geeignete Infrastruktur erforderlich. Die Bereitstellung und Verfügbarkeit von Informationen und Personen stellt eine wichtige Ressource dar. Die Akzeptanz und Umsetzung der Projekte kann jedoch durch fehlende Einbeziehung der Mitarbeiter sowie ein fehlendes Methodenwissen und Training erschwert werden (vgl. Völzke 2014, S. 91f.). Verbesserungspotential kann hinsichtlich der Korrelation von Prozessschritten und Ergebnisverbesserungen sowie in der Wahrnehmung der Leitungsverantwortung bestehen (vgl. Völzke 2014, S. 96).

Tab. 16: Umsetzung der IQM-Methodik als QM-System nach der DIN EN ISO 9000:2005

DIN EN ISO 9000:2005		IQ ^M
Bestandteile	Inhalte	Umsetzung
Festlegen von Qualitätspolitik Festlegen von Qualitätszielen	Definition der Ziele und Absichten der Unternehmensführung sowie der Verantwortung bezüglich der Qualität	Verbesserung der G-IQI-Indikatoren in die Qualitätspolitik und -ziele aufnehmen
Qualitätsplanung	Festlegung der einzelnen Tätigkeiten der Umsetzung	Umwandlung der G-IQI-Messergebnisse in krankenhauserne Anforderungen, Behandlungsprozesse sowie Festlegung von Mitarbeiterqualifikation und Ressourcen
Qualitätslenkung	Arbeitstechniken und Tätigkeiten, die der Überwachung eines Prozesses und der Beseitigung von Ursachen nicht zufriedenstellender Ergebnisse dienen	Überwachung der Messergebnisse, Durchführung der Peer-Review-Verfahren/M&M-Konferenzen und der Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen
Qualitätssicherung	Erfüllung der Qualitätsanforderungen und Stärkung des Vertrauens darin sowie die Einbindung der qualitätsbezogenen Aktivitäten in die Aufbau- und Ablauforganisation des Unternehmens	Bessere Messergebnisse als der Bundesdurchschnitt erzielen; Einbindung von IQ ^M in die Aufbau- und Ablauforganisation des einzelnen Krankenhauses
Qualitätsverbesserung	Optimierung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Prozessen	Bereitstellung des Messsystems und Durchführung von IQ ^M -Projekten

Verbesserungs- / Standardisierungsbedarf

gut umgesetzt

Quelle: Völzke 2014, S. 92.

Durch entsprechende Handlungsempfehlungen und ein standardisiertes Vorgehen könnte auch den Krankenhäusern, die nicht für ein Peer Review ausgewählt wurden, ein größeres Methodenwissen zur Verfügung gestellt werden. Interne Verbesserungsprojekte können unter umfassender Kenntnis der QM-Methode konsequenter umgesetzt werden (vgl. Völzke 2014, S. 92f.). Ein Beispiel für Analyse Kriterien im Peer-Review-Verfahren wird im Anhang 5 vorgestellt.

4. Umsetzung eines P4P-Modells für Schlaganfallpatienten

4.1 Die Accountable Care Organizations

Die Entwicklung der Accountable Care Organizations (ACOs) in den USA wurde durch die Gesundheitsreformen im Jahre 2010 angestoßen (vgl. Stadler, Waller 2011, S. 1). Accountable Care Organizations sind der Versuch, der Herausforderung einer Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Stabilisierung oder Senkung der Ausgaben zu begegnen. Mit dem Ziel, verschiedene Leistungserbringer zu mehr Kooperation zu motivieren und darüber die sektorale Trennung der Versorgungskette zu minimieren, wurden in den USA vom Gesetzgeber neue Versorgungsmodelle implementiert. Die Grundidee der Accountable Care Organizations ist, dass Leistungserbringer höher honoriert werden sollen, wenn die Versorgung eines Patienten nach den besten medizinischen Standards erfolgte und zugleich geringere Kosten entstanden sind (vgl. Ilgner, Slowik 2014, S. 20ff.). Hausärzte, Fachspezialisten, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen bilden im Rahmen der ACOs eine Kooperation mit dem Ziel, für die Versorgung einer vorher definierten Bevölkerungsgruppe verantwortlich zu sein. Das Modell muss einer gewissen Flexibilität im Behandlungsprozess unterliegen, um den verschiedenen Patiententypen sowie den unterschiedlichen Ausprägungen der Erkrankung gerecht werden zu können.

Die Vergütung der Leistungen wird durch Verträge mit staatlichen und privaten Versicherungen gesichert, die die Verantwortung für die Qualitäts- und Kostenkontrolle auf die in den ACOs integrierten Leistungserbringer übertragen. Finanzielle Anreize und die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten sollen das Ziel einer koordinierten und effizienten Patientenversorgung unterstreichen. Obwohl das Vergütungssystem in den USA weiterhin weitgehend durch Einzelleistungsvergütung geprägt ist, können im Rahmen

einer ACO alternative Vergütungsvarianten implementiert werden. Gesetzter Anreiz ist ein wirtschaftliches Handeln bei gleichzeitig hoher Qualität umzusetzen. Die bislang populärsten Basisvarianten sind das Shared Savings Programm und das Shared Risk Programm (vgl. Ilgner, Slowik 2014, S. 20f. und CMS.gov. 2014, S. 1ff.).

Beim **Shared Savings Programm** profitieren die Leistungserbringer von den erzielten Kosteneinsparungen aufgrund einer effizienteren Versorgung. Zur Bewertung des Ergebnisses wird ein Vergleich der berechneten durchschnittlichen Leistungsausgaben für die behandelten Patienten mit den tatsächlichen Kosten der ACO erstellt. Die Beteiligten erhalten einen prozentualen Anteil des Gewinns, wenn ein vorher definiertes Qualitätsniveau kostengünstiger erzielt werden konnte. Probleme in der Praxis zeigten sich bei der Qualitätsmessung und der Bewertung des Einflusses externer Leistungserbringer auf die Versorgungsergebnisse.

Beim **Shared Risk Programm** werden zusätzlich finanzielle Risiken auf die Leistungserbringer übertragen. Sowohl die Erlöse bei unterdurchschnittlichen Ausgaben als auch die Verluste bei überdurchschnittlichen Ausgaben werden gemeinsam getragen. Neben dem Anreiz zur Kostenreduktion sollen sich beide Vergütungssysteme positiv auf eine Qualitätsverbesserung auswirken.

Zusätzliche Boni aus dem Vergütungssystem motivieren die Leistungserbringer, Prozesse standardisiert, koordiniert und leitliniengetreu zu etablieren, um darüber eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen zu können. Beispiel ist das Medicare Shared Savings Programm der US-amerikanischen öffentlichen Krankenversicherung Medicare, bei dem die Beteiligten der ACO einen Bonus erhalten, wenn 70 % eines vorher definierten Qualitätsniveaus erreicht wurden. Entwickelt wurden dreiunddreißig Qualitätsparameter, um die Erfahrung der Leistungserbringer, durchgeführte Maßnahmen zur Prävention sowie zur Patientensicherheit transparent abzubilden und die erforderliche Qualitätsmessung ermöglichen zu können (vgl. Quality Measurement & Health Assessment Group 2011, S. 4ff. und Anhang 7). Wenn ein steigendes Qualitätsniveau erreicht wird, werden zusätzliche höhere Boni ausgezahlt.

Accountable Care Organizations werden als Modell der Zukunft gesehen. Sich wandelnde Vergütungsmodelle auf Basis der Qualität der geleisteten Versorgung und der Ergebnisse für den Patienten, zwingen Gesundheitsdienstleister zur Neustrukturierung ihrer

betrieblichen Abläufe. Die Notwendigkeit einer größeren Kostenkontrolle, der Ermittlung und Optimierung von Ergebnissen und die Reaktion auf die wachsende Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen in seiner gegenwärtigen Form sind die Auslöser für eine breit angelegte Implementierung von Technologien, die Interoperabilität garantieren, Analytik ermöglichen und mit deren Hilfe sich die Performance optimieren lässt (vgl. InterSystems 2012, S. 3f.). Die innerhalb einer ACO erfassten und aggregierten Daten sowie die auf der Basis ihrer Auswertung eingeleiteten Maßnahmen bergen ein großes Kostensenkungs- und Optimierungspotenzial. Als Voraussetzung für dessen Realisierung werden drei Kernkompetenzen genannt:

- Die klinische Integration verschiedener Systeme und Workflows, die eine Koordination der Versorgung erleichtert und langfristig in einer ganzheitlichen Sicht auf alle Gesundheitsaspekte münden kann (EHRs, Healthcare-Informationssysteme, Fachabteilungssysteme, Kostenübernahmesysteme).
- Eine Analytik, die auf alle relevanten klinischen Daten zurückgreift und den Ärzten und leitenden Angestellten am richtigen Punkt die richtigen Daten bereitstellen kann (Finanz- und betriebliche Daten).
- Eine kontinuierliche und einrichtungsübergreifende Koordination der Versorgung unter allen Dienstleistern und unter Einbeziehung der Patienten.

Darüber hinaus kann eine ACO Bevölkerungsgruppen analysieren. Ermittelt werden können Risikopatienten oder wann Leistungen hinter festgelegten Qualitätsziffern zurückbleiben. Ausgelöst wird eine Analyse von Abläufen und Verhaltensweisen. Auf der Basis von Benchmark-Ergebnissen können die Abläufe in den Kliniken modifiziert und bessere Entscheidungen getroffen werden (vgl. InterSystems 2012, S. 4). Bezogen auf den weltweit stattfindenden Umbau der Gesundheitssysteme, der sich mit den modernen Möglichkeiten der Datenverarbeitung, Vernetzung und mobilen Kommunikation verbindet, wird eine grundlegende Reihe von Veränderungen angestoßen. Für den Gesundheitsmarkt 2020 können vier Anpassungsprozesse prognostiziert werden (vgl. Hültenschmidt et al. 2011, S. 8ff.):

- Der **engagierte informierte Patient** wird zum eigenen Gesundheitsmanager und zum zentralen Kunden im Gesundheitsmarkt. Er übernimmt mehr Verantwortung, fordert aber auch mehr Dialog und Leistung von den Gesundheitsanbietern.

- Die **Datenrevolution** äußert sich in einer verbesserten Datenlage, exakteren Behandlungsrichtlinien sowie der lückenloseren Protokollierung der Behandlung. Die medizinische Versorgung ist in hohem Maße standardisiert (Elektronische Patientenakten und Behandlungsleitlinien, Real-Life-Daten, Ärzteportale).
- Die Maßnahmen zur Umsetzung einer **integrierten Behandlung** führen zur Kosteneindämmung und Qualitätssicherung sowie zu einer neuen Verteilung der Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen. Staatliche Gesundheitssysteme und Versicherungen übernehmen aktivere Steuerungsfunktionen. Zu Netzwerken zusammengeslossene Ärzte und Kliniken tragen höhere Kosten- und Ergebnisverantwortung.
- Die **gesundheitsökonomische Innovation** ermöglicht Forschung in Richtung einer personalisierten Medizin (genetische Profile, molekulare Forschung) sowie die Entwicklung von wirksameren und sichereren Behandlungen für spezifische Patientensegmente (z.B. für seltene Erkrankungen). Behandlungsmethoden und Präparate mit zweifelhaftem Kosten-Nutzen-Verhältnis werden immer häufiger ausgeschlossen, kostengünstige Gut-Genug-Produkte gefördert. Internationale Innovationsnetzwerke verteilen die Entwicklungsrisiken auf mehrere Schultern und können die Forschungseffektivität steigern.

Eine neue Studie der Harvard University befasst sich mit den Auswirkungen von ACOs im Hinblick auf mögliche Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen in integrierten Versorgungsmodellen. Analysiert wurden die Daten von 254 ACOs, die von 2012 bis 2013 mit Medicare zusammenarbeiteten (vgl. Ilgner, Slowik 2014, S. 21f.; Cameron 2012, S. 1f. sowie Healthcare.Daily 2013, S. 1). Im Vergleich zu den Teilnehmern eines konventionellen Netzwerkes waren die Mitglieder der ACO deutlich älter und wiesen ein höheres Einkommen aus. Als Resultat zeigte sich, dass sowohl die stationären als auch die ambulanten Kosten pro Teilnehmer einer ACO geringer waren. Etwa die Hälfte der ACOs hatten mindestens ein oder mehrere Krankenhäuser als Partner. Vor allem Maximalversorger mit kardiologischer Ausrichtung zählten zu den Kooperationspartnern. Erwartungsgemäß wiesen die ACOs ohne Krankenhaus geringere Kosten als jene mit Krankenhaus auf. Ein Garant für langfristige Kosteneinsparungen kann jedoch nur durch die stärkere Einbindung von Krankenhäusern erfolgen.

Die Grundidee der ACOs ist nicht neu. Der Gedanke einer Neuorganisation und Koordinierung der Leistungserbringer wurde bereits durch die Managed-Care-Organisationen und Integrierten Versorgungsnetze aufgegriffen. Diese führten jedoch nicht zu der erhofften Wirkung. Es kam vielmehr zu unerwünschten Folgen wie Gatekeeping, Leistungskürzungen, steigenden Verwaltungsausgaben und einer Konsolidierung des Krankenhausmarktes. Die Akzeptanz und Verbreitung neuer weiterentwickelter Modelle wie den ACOs wird von den Erfahrungen und dem Erfolg erster Pilotprojekte abhängig sein (vgl. Keckley, Hoffmann 2010, S. 18). Die realistische Bewertung von Auswirkungen wie das Auftreten von Erfolgen (oder auch Misserfolgen) benötigt Zeit. Als sinnvoll wird ein Zeitrahmen von mindestens drei Jahren, zudem ein Umfang von mindestens 5.000 Patienten bzw. Nutzern angesehen (vgl. Keckley, Hoffmann 2010, S. 9). Für die Implementierung einer ACO können sich verschiedene Fragestellungen ergeben (vgl. Ilgner, Slowik 2014, S. 21):

- Welche Patienten werden durch eine ACO versorgt?
- Wie ist die Performance und die Kostenstruktur der bisherigen ACOs im Vergleich zu den konventionellen Versorgungsmodellen?
- Welche Organisationsform kann die größten Einsparungen generieren?
- Welche Organisationsform die höchsten Qualitätsverbesserungen bewirken?

Mit dem Konzept der ACO wird eine neue Strategie verfolgt. Versucht wird, aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen. Das größere Wissen von Politikern und Wissenschaftlern, die bessere Datenverfügbarkeit, hohe Entwicklung von medizinischen Leitlinien und Standards sowie die verbesserten Instrumente zur Qualitätsmessung könnten für die Weiterentwicklung des Modelles genutzt werden. Entscheidend für den Erfolg einer ACO ist, dass die Teilnahme freiwillig bleiben muss (vgl. Keckley, Hoffmann 2010, S. 15). Der Patient darf nicht verpflichtet werden, seine Behandlung einzig durch die Partner des Netzwerkes erbringen bzw. fortführen zu lassen. Dieser Schwachpunkt stellt zugleich die größte Herausforderung dar, da durch die bessere Leistungserbringung, Koordinierung und Betreuung des Patienten, dieser an das Netzwerk gebunden werden muss. Zudem hängt der Erfolg oder Misserfolg einer ACO davon ab, inwieweit IT-Plattformen genutzt werden können. Vorauszusehen ist, dass eine nicht zu bremsende Ausgabenentwicklung zu einer stärkeren Regulierung des Marktes führen wird, dieses mit dem Resultat von

drastischen Kürzungen bei der Vergütung für die Leistungserbringer (vgl. Ilgner, Slowik 2014, S. 22).

4.2 Das AmbulanzPartner-Modell der Charité

Das Konzept AmbulanzPartner wurde in der Charité seit Juni 2010 entwickelt und ist als Managementportal seit April 2011 für ALS-Patienten im Produktivbetrieb. Seit Oktober 2011 sind die ALS-Ambulanzen der Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinik Bergmannsheil in Bochum und seit Mai 2012 das Universitätsklinikum Jena an der Projektentwicklung beteiligt (vgl. Meyer et al. 2013, S. 160). AmbulanzPartner setzt an eine bereits stattgefundene Beratung zu den prinzipiellen und spezifischen Behandlungs- und Versorgungsoptionen (in Zentren der spezialärztlichen Versorgung) an, erfolgt innerhalb der Selbsthilfe und unterstützt die Umsetzung der vorangegangenen Beratung innerhalb der komplexen Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln.

AmbulanzPartner (vgl. Meyer et al. 2013, S. 159):

- Bietet ein Netzwerk für eine koordinierte Hilfs- und Heilmittelversorgung.
- Vermeidet Fehlversorgung.
- Vereint ein Case Management und das Internetportal AmbulanzPartner in einem hybriden Produktkonzept.
- Patienten erhalten Unterstützung von verschiedenen Akteuren.
- Die Abstimmung der unterschiedlichen Partner wird erleichtert.
- Ein Abbau von hohen Barrieren zwischen den unterschiedlichen Partnern ermöglicht.
- Reduziert bestehende Schnittstellen in der Patientenversorgung.
- Verbindet als „elektronische Patientenakte“ und „Managementplattform“ Patienten, Angehörige, Ärzte und Versorgungspartner.
- Macht den Beteiligten alle Versorgungsprozesse erkennbar.
- Ermöglicht eine vergleichende Betrachtung von Hilfsmittelgruppen und Kostenträgern.
- Die erhobenen Daten dienen der Versorgungsforschung.
- Durch den generischen Ansatz und die bestehende Skalierbarkeit ist eine Transferfähigkeit für andere komplexe (neurologische) Erkrankungen gegeben.

- Die Nutzung des Internetportals ist mit einem Erlösmodell verknüpft und folgt dem „Shared Value“-Prinzip.

ALS-Patienten sind auf eine umfassende Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln angewiesen. Hilfsangebote umfassen die Bereiche „Mobilität, Kommunikation, Ernährung, Beatmung sowie andere Versorgungselemente“ (Physio-, Ergo-, Logopädie). Die unternehmerischen Akteure werden in ein Lizenzmodell eingebunden, für Patienten, Angehörige, Ärzte und sozialmedizinische Partner ist die Nutzung der Internetplattform kostenlos. Der generische Ansatz und eine bestehende Skalierbarkeit ermöglichen eine Transferfähigkeit für andere komplexe neurologische Erkrankungen (vgl. Meyer et al. 2013, S.159). Bis März 2013 wurden bereits 2363 ALS-Patienten und 15867 Hilfs- und Heilmittelversorgungen koordiniert.

Aufgrund des fortschreitenden Charakters der ALS und der dramatischen Entwicklung für den Patienten besteht ein erheblicher medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Koordinierungsbedarf. Ärzte, Versorger, Patienten, Angehörige, professionell Pflegende und die Selbsthilfe (Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V./DGM) stehen vor hohen Barrieren in der Abstimmung ihrer Behandlung. AmbulanzPartner bietet ein Netzwerk zur Bereitstellung von Informationen, Dokumenten und Daten „vor Ort“. Mit Einwilligung des Patienten werden diese den parallelen und nachfolgenden Akteuren zeitnah zur Verfügung gestellt.

Im Versorgungskonzept werden zwei zusammengehörende Komponenten unterschieden: Ein Fallmanagement und ein Internet-basiertes Managementportal werden von unterschiedlichen Organisationen erbracht und auf unterschiedlichem Wege finanziert (vgl. Meyer et al. 2013, S. 160f.):

1. Die Projektgruppe AmbulanzPartner (PGAP)

Erstellt das Case- und Care-Management für ALS-Patienten der Klinik und anderer kooperierender ALS-Ambulanzen.

- Stellt die informationstechnologische Infrastruktur für den Betrieb des Internetportals AmbulanzPartner.de einschließlich der Datenbanken aller patienten- und versorgungsbezogenen Daten bereit.
- Datenschutz und Datensicherheit liegen in der Verantwortung der Klinik.
- Ein Projektmanagement hat die Entwicklung der Gesamtstruktur zur Aufgabe.

- Die Finanzierung der koordinativen Leistungen erfolgt aus Drittmitteln, die für das AP-Projekt eingeworben wurden, sowie durch gezielte Spendenmittel für die Entwicklung des Konzeptes (vgl. Meyer et al. 2013, S. 164).

2. Die AmbulanzPartner Soziotechnologie GmbH (APST)

Die Entwicklung und Finanzierung des Internetportals AmbulanzPartner wurde durch eine Förderung der Technologiestiftung Berlin (TSB) und der Finanzierung über ein Darlehen der Investitionsbank Berlin (IBB) ermöglicht. Es besteht eine Entwicklungs- und Verwertungsgemeinschaft mit der APST.

Die APST:

- Entstand als Ausgründung der Charité.
- Ist für die Bereitstellung und Weiterentwicklung des Internetportals verantwortlich.
- Verkörpert die Technologiekomponente in der Gesamtstruktur.
- Finanziert sich aus Lizenzeinnahmen der Portalnutzung der unternehmerischen Versorgungspartner.

3. Die AmbulanzPartner GmbH (APG)

Ist eine Dienstleistungsgesellschaft, die für den ordnungsgemäßen Abschluss der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) mit Patienten, den medizinischen Partnern und Versorgungspartnern verantwortlich ist. Leistungen der APG werden aus Projektmitteln erbracht, die in Projekten der Versorgungsforschung eingeworben wurden (vgl. Meyer et al. 2013, S. 164f.).

Die APG:

- Sorgt für das Vorliegen einer gültigen Einwilligungserklärung des Patienten.
- Legt mit Vorliegen der Einwilligung das Konto auf AmbulanzPartner.de an.
- Ist für wesentliche Teile des Dokumenten- und Datenmanagements zuständig.

Durch die beschriebenen Unternehmen wird ein umfassendes **Leistungsangebot** für ALS-Patienten umgesetzt (Meyer et al. 2013, S. 161):

- Ein Case- und Care-Management mit Schwerpunkt der Hilfsmittelversorgung (bundesweit) sowie der Heilmittelversorgung (Berlin) durch die PGAP.
- Bereitstellung einer „elektronischen Versorgungsakte“ auf dem Managementportal AmbulanzPartner.de durch eine Kooperation der APST und der PGAP.

- Ein Dokumenten- und Datenmanagement einschließlich aller administrativen Prozesse rund um das Internetportal durch die APG in Kooperation mit der Klinik.
- Eine Versorgungsforschung gemeinsam mit anderen Universitätskliniken und medizinischen Partnern, die ein Datenmanagement über das Internetportal AmbulanzPartner.de realisieren.

Arbeitsablauf von AmbulanzPartner.de (vgl. Meyer et al. 2013, S. 161ff.):

Der Patient gibt sein informiertes Einverständnis zur Teilnahme.

Die PGAP wird vom Patienten selbst, dem behandelnden Arzt, über Therapeuten oder andere sozialmedizinische Partner kontaktiert.

Die Akteure beschreiben anhand von Symptomen und Beschwerden den individuellen Versorgungsbedarf und senden eine Versorgungsanfrage an die PGAP.

Mit Einwilligung des Patienten wird ein „Konto“ auf AmbulanzPartner.de angelegt (unter Speicherung aller relevanten Patienten- und versorgungsbezogenen Daten).

Der Patient erhält einen „Aktivierungslink“, sowie einen sicheren Zugang zum „Konto“ (Passwort-geschützt) und eine Servicetelefonnummer der APG.

Die Koordinatoren der PGAP kontaktieren spezialisierte Versorger in regionaler Nähe des Patienten und organisieren (im Auftrag des Patienten) die Versorgung.

Das geschützte Internetportal AmbulanzPartner.de

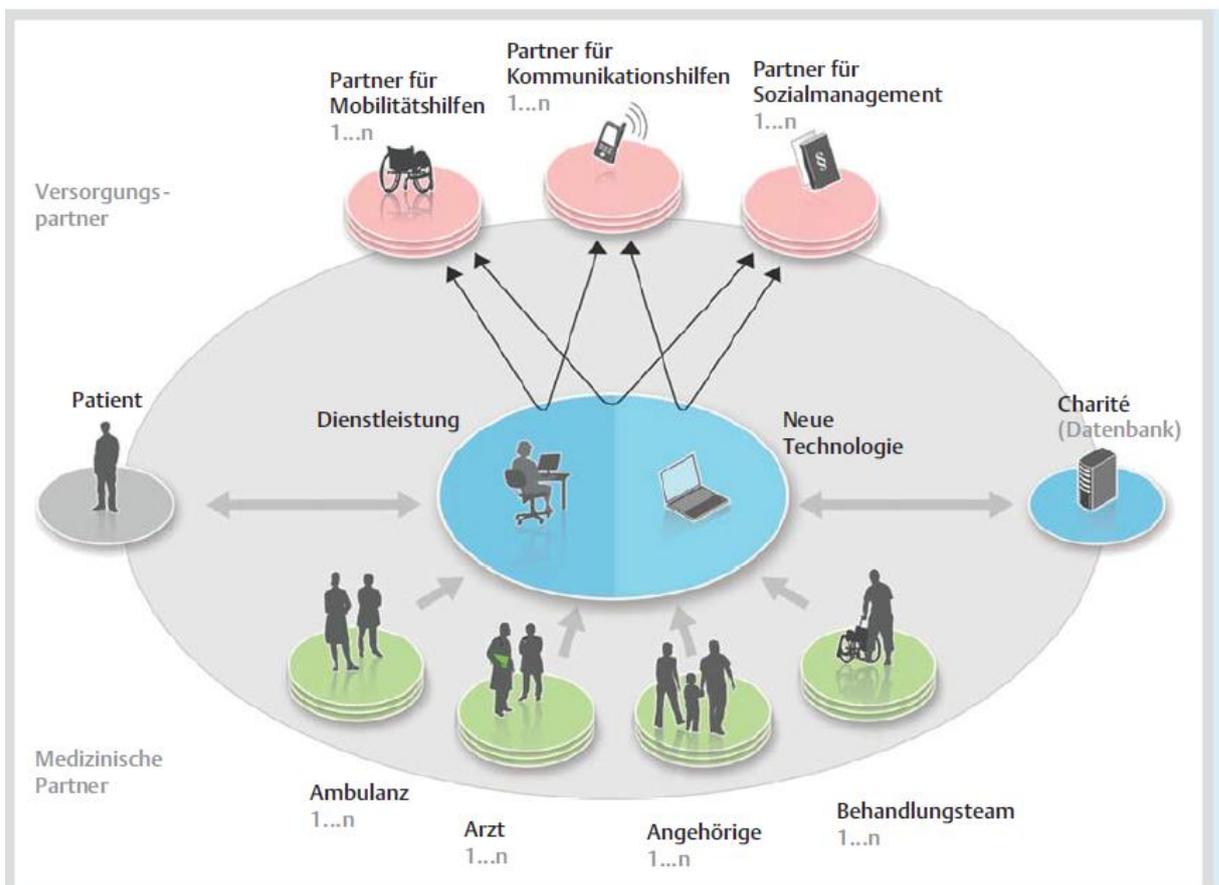
ist ein innovatives Instrument, dass der Versorgungskoordination dient. Auf der Internet-basierten „Elektronischen Versorgungsakte“ (EVA) werden alle Versorgungsabläufe dokumentiert und visualisiert. Vier Menüstränge ermöglichen die Nutzung durch verschiedene Nutzergruppen und gestatten einen effektiven Zugang zu den administrativen Daten der Kategorien: Patientenkonto, Partner, Bewertung, Versorgung (vgl. Meyer et al. 2013, S. 161).

Inhalt von AmbulanzPartner.de sind folgende Daten:

- Kontaktdaten des Patienten.
- Kontaktdaten medizinischer Partner.
- Kontaktdaten der Versorgungspartner.
- Portraitbild des Patienten (optional).
- Leitsymptome und Beschwerden durch Selbstbewertung (anhand von Web-Visiten).

- Übersicht der bestehenden Hilfsmittel (Art, Produktbezeichnung, Einsatzbereich).
- Hilfsmittelbereitstellung (Status der Verordnung, Kostenübernahme, Lieferung).
- Hilfsmittelnutzung (optional).
- Bewertung der Hilfsmittel durch den Patienten (optional).
- Übersicht der Heilmittelvorgänge (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie).
- Unterteilung nach: Maßnahmenkatalog, Verordnungsmenge, Frequenzempfehlung, Verordner, Versorger.
- Heilmittelbereitstellung (Status der Verordnung).
- Bewertung der Behandlung durch den Patienten.

Abb. 5: Vernetzung von medizinischen Partnern und Versorgungspartnern – durch Dienstleistungen von Koordinatoren und Datenmanagern sowie das Internetportal AmbulanzPartner.de.



Quelle: Meyer et al. 2013, S. 162.

AmbulanzPartner unterstützt die sozialrechtlich definierte Regelversorgung (vgl. Meyer et al. 2013, S. 161f.). Verantwortung für die medizinische Indikation sowie die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung unterliegen dem Arzt (und dem MDK). Durch bestehende Direktverträge und vergleichende Angebotsüberprüfung kann der Kostenträger eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung vornehmen.

Es können mehrere **Interaktionen** unterschieden werden (vgl. Meyer et al. 2013, S. 162f.):

Interaktion Patient – Arzt: Wird gestärkt. Der Arzt erhält detaillierte Information über den laufenden Versorgungsprozess. Die Einwilligung des Patienten kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Interaktion Arzt - Koordinator der PGAP: Dokumentation des Versorgungsbedarfs. Die Versorgungsanfrage wird an den Koordinator der PGAP versendet. Dieser nimmt Kontakt mit dem Patienten auf, erfasst die Daten und koordiniert die Hilfsmittelversorgung (Einwilligungserklärung des Patienten, AGB).

Interaktion Koordinator der PGAP – Patient: Erfragt Einwilligung zur Anlage einer EVA und Durchführung eines Fallmanagements. Innerhalb von 48h nach Eingang der Versorgungsanfrage kontaktiert dieser den Patienten und beschreibt die Schritte der Hilfsmittelkoordination.

Interaktion Patient – APG: Nach Eingang der Einwilligungserklärung und Unterzeichnung der AGB wird ein „Konto“ auf AmbulanzPartner.de angelegt. Der Patient erhält einen Aktivierungslink.

Interaktion der APG – Versorgungspartner: Das Netzwerk ist offen und kann neue Versorgungspartner aufnehmen. Diese willigen in alle Belange des Datenschutzes und in das bestehende Lizenzmodell ein. Die APG ist Dienstleister für alle technischen und administrativen Belange.

Interaktion APST – Versorgungspartner: Die APST als Betreiberin des Internetportals erhebt die Nutzungsgebühr gegenüber den unternehmerischen Versorgungspartnern.

Nutzen und Vorteile des Konzeptes (vgl. Meyer et al. 2013, S. 163):

Patienten-Perspektive

Option für eine koordinierte Unterstützung für die wesentlichen Prozesse der Hilfs- und Heilmittelversorgung. Es besteht ein Ansprechpartner für die komplexen Vorgänge der ambulanten Versorgung (ein Koordinator), der an der Schnittstelle der verschiedenen Versorgungssegmente steht. Für den Patienten sind alle Prozesse, Dienstleistungen und Medizinprodukte erkennbar und nachvollziehbar. Der Patient behält (trotz Schwere der Krankheit) ein hohes Maß an Autonomie über seinen Versorgungsprozess.

Arzt-Perspektive/sozialmedizinische Partner

Die Managementplattform bietet ein koordiniertes Dienstleistungskonzept. Vorteile bestehen in einer Professionalisierung des Datenmanagements in einer EVA, sowie in einer hohen Informationsqualität durch die standardisierte und kontrollierte Datenerfassung. Qualitätsverbesserungen werden durch ein hoch spezialisiertes Fallmanagement ermöglicht.

Perspektive der Versorgungspartner

Effizienzgewinn entsteht durch die professionelle Datenbereitstellung der personen- und versorgungsbezogenen Daten. Die Beratungsleistung sowie administrative Schritte gegenüber dem Arzt und anderen sozialmedizinischen Akteuren werden erkennbar. Die höhere Qualität im Versorgungsprozess stellt ein wichtiges wettbewerbliches Alleinstellungsmerkmal dar.

Nutzen für alle beteiligten Partner (vgl. Meyer et al. 2013, S. 163):

- Eine aktualisierte Erfassung des Versorgungsstatus unterstützt die Abstimmung der Versorgungspartner untereinander und die Kommunikation mit den Kostenträgern.
- Ein hohes Maß an Transparenz in der Versorgung wird sowohl für die Patienten, die medizinischen Partner als auch die Versorgungspartner umgesetzt.
- Durch die gemeinsame Nutzung der versorgungsrelevanten Patientendaten besteht eine Zeit- und Aufwandsersparnis.
- Die Patienten werden aktiv an der Qualitätskontrolle und der Optimierung von Versorgungsstrukturen beteiligt.

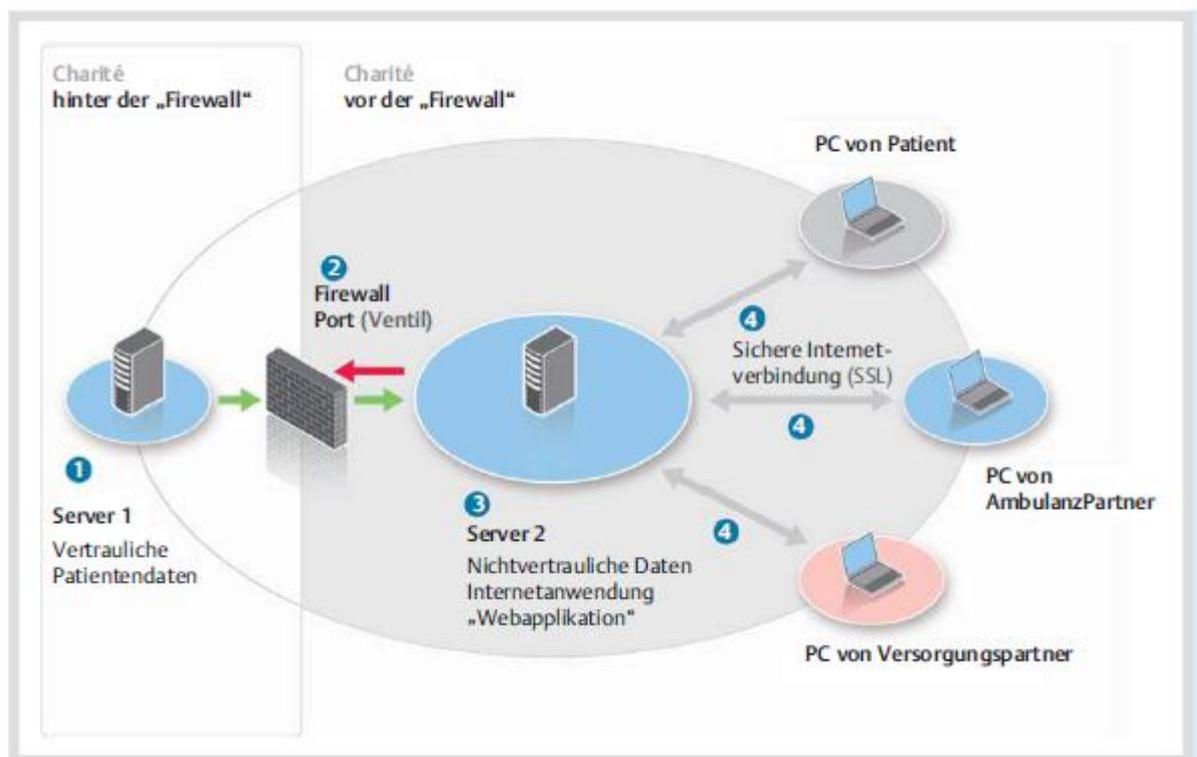
- Patienten können bestehende Hilfsmittel, ihren Nutzen und die Nutzbarkeit, sowie die medizinischen Dienstleistungen unter Beschreibung von Defiziten bewerten.
- Die Bewertung von Hilfsmitteln und Dienstleistungen wird in visualisierter Form den unterschiedlichen Akteuren bereitgestellt.

Ein zusätzliches Pflege-Modul wird bereits entwickelt. Es beinhaltet die koordinative und informationstechnologische Unterstützung einer Pflegeüberleitung für den Patienten (innerhalb von Berlin).

Datenschutz und Datensicherheit (vgl. Meyer et al. 2013, S. 164):

Es besteht die strenge Berücksichtigung des Datenschutzes und der Datensicherheit durch eine SSL-verschlüsselte Internetverbindung, spezifische und begrenzte Zugriffsrechte, sowie Lese- und eingeschränkte Änderungsrechte.

Abb. 6: IT-Struktur von AmbulanzPartner.de



1: Server 1 innerhalb der Charité

2: Firewall mit Kommunikation über Port

Quelle: Meyer et al. 2013, S. 165.

3: Server 2 innerhalb der DMZ

4: gesicherte Internetanwendungen (SSL)

Mit externen Dienstleistern werden Nutzungsverträge abgeschlossen. Der einzelne Patient hat kein Nutzungsrecht für die Daten anderer Patienten. Die Zugriffsrechte können vom Patienten jederzeit widerrufen werden.

Grenzen des AmbulanzPartner-Konzeptes (vgl. Meyer et al. 2013, S. 163):

Grenzen bestehen in den medizinisch und wirtschaftlich weiterhin unberührten Rahmenbedingungen. Die administrativen Arbeiten des Arztes werden erleichtert, jedoch nicht abgeschafft. Anfragen der Kostenträger und des MDK können effizienter und zielgerichteter bearbeitet werden.

Die Kostenübernahme für Hilfsmittel muss weiterhin beim Kostenträger eingeholt werden. Nachweisbar ist, dass sich die koordinierte Leistung und das hohe Niveau des Daten- und Dokumentenmanagements positiv auf die Qualität des Versorgungskonzeptes auswirken. Darüber könnte zukünftig die Wahrscheinlichkeit einer Kostenübernahme durch den Versicherungsträger erhöht werden.

Finanzierungskonzept (vgl. Meyer et al. 2013, S. 164f.):

„Die Finanzierung einer EVA und einer koordinativen Dienstleistung für das Fall-, Daten- und Projektmanagement ist in der Vergütungssystematik der Regelversorgung bisher nicht oder ungenügend abgebildet“ (Meyer et al. 2013, S. 164).

Das AmbulanzPartner-Konzept geht über den etablierten Status der Regelversorgung deutlich hinaus und erfordert verschiedene Organisationen und Unternehmen, um das Projekt zu realisieren. Diese finanzieren sich auf unterschiedliche Weise, wie bereits zu Beginn des Kapitels dargestellt wurde. Die Finanzierung der Dienstleistungen, des Dokumenten- und Datenmanagements sowie der Koordination ist drittmittel- oder projektfinanziert. Da der Produktivbetrieb an eine Drittmittelfinanzierung gebunden ist, besteht bereits an dieser Stelle eine wesentliche Limitierung der Umsetzung, auch für weitere Krankheitsbilder (vgl. Meyer et al. 2013, S. 164f.). Um eine nachhaltige Finanzierung herstellen zu können, müsste ein neues Finanzierungskonzept entwickelt werden.

Die Dienstleistungsarchitektur- und Technologieplattform des Internetportals Ambulanz Partner werden auf Basis eines Shared-Value-Modells aus Lizenzen der Unternehmenspartner (der Hilfs- und Heilmittelversorger) finanziert. Zugrundeliegende

Idee ist, dass eine sozialmedizinische Wertschöpfung mit einem Geschäftsmodell verbunden werden soll. Die Zahlungsbereitschaft der Versorgungspartner ergibt sich aus Effizienzvorteilen im Care- und Case-Management, einer Qualitätssteigerung, dem verbessertem Ressourcenmanagement und der Schaffung von Alleinstellungsmerkmalen (USPs) (vgl. Meyer et al. 2013, S. 165). Unter Anwendung des „Third-Party-Payer-Prinzips“ soll eine Finanzierung, unabhängig von den gegenwärtigen Kostenträgern der Kranken- und Pflegekassen, gewährleistet werden. Die Finanzierung durch Dritte ermöglicht die Überbrückung, bis eine Finanzierung aus der Regelversorgung erreicht werden kann.

Die Finanzierung von Dienstleistungs-, Behandlungs- und Produktinnovationen in der Regelversorgung benötigt einen hohen zeitlichen Vorlauf, da sozialrechtliche und vergütungssystematische Anpassungen erforderlich werden. Die Geschäftsmodell-Innovation als „Social Entrepreneurship“ hingegen bezweckt die Schaffung sozialer Werte, deren Finanzierung über eine wettbewerbliche Unternehmensstruktur erreicht werden soll.

Rechtliche Bewertung des AmbulanzPartner-Projektes (vgl. Meyer et al. 2013, S. 165):

„Das Trennungsprinzip von sozialmedizinischer Entscheidungsfindung (Arzt, Patient) und Finanzierung (der Leistungserbringung durch den Kostenträger) ist ein sozialrechtliches Gebot, das unabdingbar ist“ (Meyer et al. 2013, S. 165).

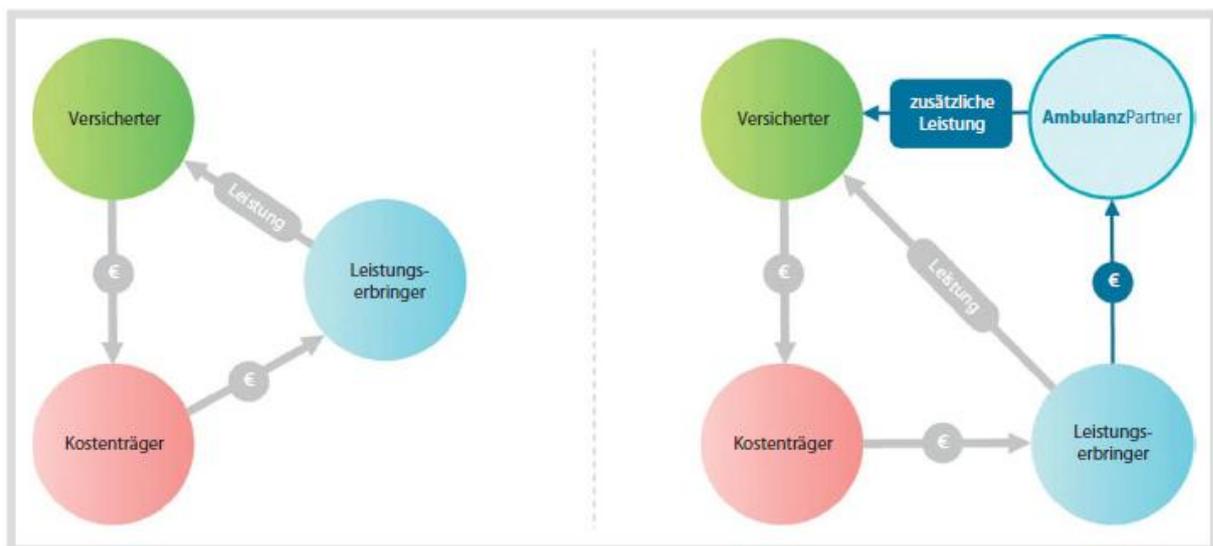
Entsprechende Rahmenbedingungen wurden durch die Sozialrechtsgebung § 128 Abs. 2 SGBV und das ärztliche Berufsrecht § 31 MBO definiert. Das AmbulanzPartner-Konzept wurde innerhalb der Charité einer umfassenden arztrechtlichen, berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Prüfung unterzogen. Da eine Unabhängigkeit der Versorgungsentscheidung von jeder Form der Vorteilsnahme gewährleistet sein muss, ist die wirtschaftliche Beteiligung von Ärzten an der Hilfs- und Heilmittelversorgung nicht statthaft (vgl. Meyer et al. 2013, S. 165). Diese sozial- und berufsrechtlichen Vorgaben werden vom Finanzierungskonzept des AmbulanzPartner-Projektes erfüllt. Die Finanzierung von PGAP und APG erfolgt aus Drittmitteln und unabhängig vom Versorgungsprozess. Ebenso die Lizenzzahlung für die Portalnutzung vom Versorgungspartner an die APST weist keinen Bezug zur Versorgungsentscheidung auf.

Sie erfolgt ausschließlich für die Nutzung der Software und der damit verbundenen Dienstleistungen.

Zukünftiges Ziel wäre es, die Finanzierung der koordinativen Leistungen im Case-, Daten- und Dokumentenmanagement aus der Projektfinanzierung herauszulösen und darüber eine zukünftige Planungssicherheit herstellen zu können. Leistungsstellen aus der bestehenden Drittmittelfinanzierung müssten in das veränderte Erlösmodell übergeleitet werden. Längerfristig gesehen sollten Leistungsmerkmale aus dem AmbulanzPartner-Konzept durch Selektiv- oder Kollektivverträge der Gesetzlichen Krankenversicherung oder Direktverträge mit der Privaten Krankenversicherung abgebildet werden (vgl. Meyer et al. 2013, S. 165).

Der Tätigkeitsschwerpunkt im AmbulanzPartner-Konzept besteht in der Heil- und Hilfsmittelversorgung bei der ALS. Der Finanzierung zugrunde liegt eine Vertragsbeziehung zwischen dem Patienten und dem Kostenträger (der Krankenversicherung). Bei einer notwendigen Versorgung beauftragt der Kostenträger einen Hilfs- und Heilmittelversorger. Dessen Leistungen werden aus der Krankenversicherung finanziert. Das Portal AmbulanzPartner.de wird zur Optimierung der eigenen Leistungserbringung vom Leistungserbringer „eingekauft“. Aus den Erlösen der „Dritten Partei“ und in budgetärer Verantwortung des Leistungserbringers erfolgt die Finanzierung für AmbulanzPartner.de (vgl. Meyer et al. 2013, S. 166).

Abb. 7: Finanzierungsmodell nach dem „Third-Party-Payer“-Konzept



Quelle: Meyer et al. 2013, S. 166.

Die technologischen Voraussetzungen für einen Transfer von AmbulanzPartner auf andere Indikationen sind bereits heute vorhanden. Sie werden durch den generischen Aufbau des Portals und der Dienstleistungsarchitektur und ausgehend von den Erfahrungen bei der ALS unterstützt. Erkennbar ist, dass AmbulanzPartner für das Versorgungsmanagement von Patienten mit Schlaganfall, Multipler Sklerose, Morbus Parkinson oder Muskelerkrankungen sinnvoll eingesetzt werden könnte. Die Ausweitung auf andere Indikationsgebiete wäre technisch möglich und skalierbar. Durch eine Überführung der sozialmedizinischen Dienstleistungen des Fall-, Daten- und Dokumentenmanagements in ein dem sozialrechtlichen Konsens entsprechendes Erlösmodell wäre eine breitere Anwendung des AmbulanzPartner-Konzeptes in seiner Gesamtheit gegeben (vgl. Meyer et al. 2013, S. 166). Weiterentwicklungsmöglichkeiten beständen in einer Erweiterung der Tätigkeitsfelder, wie sie durch die Koordinierung und Internet-basierte Dokumentation von Pflegeprozessen aktuell umgesetzt wird. Bei der ALS bestehen besondere Anforderungen an die Pflege und den pflegerischen Koordinierungsprozess. Sie erfordern die Kombination verschiedener Pflegeformen der Assistenz-, Grund- und Behandlungspflege. Das Pflege-Modul wird seit August 2012 entwickelt und konnte bei der pflegerischen Versorgung von ALS-Patienten in Berlin prototypisiert werden.

In dem der Patient einen direkten Einfluss auf den eigenen Versorgungs-, Entscheidungs- und Behandlungsprozess nehmen kann, können in der weiteren Entwicklung interaktive Elemente gestärkt werden. Zukünftiger Trend ist, dass der Patient personenbezogene Dienstleistungen in der Medizin maßgeblich bestimmt und somit die Mitbestimmung und Selbstbestimmung des Patienten durch den sozialmedizinischen und gesellschaftlichen Fortschritt in den Vordergrund gestellt werden wird. Ein Megatrend besteht in der Stärkung der Patientenautonomie. Der Bürger als Kunde oder Patient wird zukünftig eine höhere Teilhabe an der Entwicklung, Implementierung und Bewertung von Produkten oder Dienstleistungen haben (vgl. Meyer et al. 2013, S. 166). Diese aktive Rolle des Patienten wird durch die Verfügbarkeit von Internet-Technologien unterstützt.

4.3 Beschreibung des P4P-Forschungsprojekts und Festlegung der Projektziele

Zugrundliegende Idee für das Forschungsprojekt ist die Entwicklung eines P4P-Modelles für Schlaganfall-Patienten unter Einbeziehung der IQM-QSR-Methodik und der Abbildung

eines Verlaufes von einem Jahr. Zielvorstellung ist es, ein Anreizsystem für chronische Erkrankungen zu entwickeln, das sowohl Kosten reduzieren, als auch den Nutzen für alle Beteiligten nachhaltig erhöhen kann. Anhand des IV-Vertrags Schlaganfall soll sowohl der Nachweis einer nachhaltigen Kostenreduktion, als auch die Weiterentwicklung von Qualität und Effizienz vorgenommen werden. Hierfür sollen die Kosten für den IV-Vertrag ermittelt und mit einer entsprechenden Vergleichsgruppe der Regelversorgung verglichen werden. Eine weitere Vergleichsmöglichkeit bestände in der Behandlung vor dem IV-Vertrag mit der zukünftigen Behandlung auf Grundlage des IV-Vertrags.

Bei der zugrundeliegenden Shared Savings-Methodik würden die Leistungserbringer von den erzielten Kosteneinsparungen aufgrund einer effizienteren Versorgung profitieren. Die Beteiligten erhalten einen prozentualen Anteil des Gewinns, wenn ein vorher definiertes Qualitätsniveau kostengünstiger erzielt werden konnte. Probleme in der Praxis zeigen sich bei der Qualitätsmessung und der Bewertung des Einflusses externer Leistungserbringer auf die Versorgungsergebnisse.

In der Einführungsphase von P4P wird die Fokussierung auf ein Bonussystem favorisiert. Langfristig sollte eine relative Verbesserung angestrebt werden, um darüber einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess bei allen Beteiligten zu fördern. Die Höhe der Anreize muss ausreichend sein, um zum einen die klinischen Prozesse, zum anderen aber auch Investitionsentscheidungen nachhaltig verändern zu können. Anhand eines aggregierten Bepunktungssystems über die Messergebnisse könnte zukünftig eine noch bessere Reichweite und Anreizwirkung umgesetzt werden (vgl. Mansky 2010, in: Seeger 2013, S. 254). Eine P4P-Vergütung könnte die Finanzierung und Weiterentwicklung von Projekten fördern, deren spezifische Auswirkungen erst zu einem späteren Zeitpunkt deutlich werden. Die höhere Vergütung bietet einen Anreiz für die Umsetzung von Prävention, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung und kann der Finanzierung von neuen Versorgungskonzepten und zusätzlichen Leistungen dienen.

Der zugrundeliegende IV-Vertrag Schlaganfall verfolgt das Ziel einer optimalen Versorgung von der Stroke Unit über die Frührehabilitation bis hin zur Rehabilitation. Die Vernetzung mit dem ambulanten Bereich ist vorgesehen. Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung umschließt alle bei der Krankenkasse versicherten Schlaganfallpatienten, wenn diese auf einer Akutstation der Klinik aufgenommen wurden. Alle im Rahmen der Integrierten Versorgung durchgeführten Leistungen werden durch die zuvor mit der

Krankenkasse ausgehandelte Komplex-Fallpauschale abgegolten. Die Höhe der Fallpauschale bestimmt sich aus dem Entgelt der für die Leistung der Akutklinik vereinbarten DRG, ergänzt um die Entgelte für Leistungen der Rehabilitation. Es werden im Anschluss vier Besuche in der Ambulanz angeboten. Das Auftreten häufiger Komplikation soll durch frühes Erkennen und frühzeitigen Beginn der Behandlung vermieden oder weit möglichst eingeschränkt werden. Die im Rahmen der Nachbehandlung besonders berücksichtigten Schwerpunkte könnten nachfolgend für P4P (nach Ablauf eines Jahres) wichtige Eckpunkte für ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren anbieten. Das umfassende Modell zur Sekundärprävention des Schlaganfalls würde mit Beginn des ersten stationären Aufenthaltes in der Klinik starten. Zukünftig sinnvoll wäre es, den Vertrag auf weitere Krankenkassen auszudehnen.

Festlegung der Projektziele

Die Klarheit der Zielvorgabe ist wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung des P4P-Projektes. An der Zielvorgabe richten sich alle Inhalte, Strukturen und Prozesse aus (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C53).

Zugrundeliegende **Zielvorstellungen** für das P4P-Projekt Schlaganfall sind:

- Bewirken einer langfristigen Verbesserung in der Befindlichkeit und Lebensqualität des chronisch kranken Patienten (medizinisch, sozial und/oder psychisch).
- Die Entwicklung eines gemeinsamen Zieles für die Versorgung von Schlaganfallpatienten über alle Versorgungs- und Vergütungsformen hinweg.
- Die Umsetzbarkeit sowohl von Qualitätssteigerung als auch von Kostenreduktion.
- Langfristige Finanzierbarkeit unter Abbildung von Innovation in der Versorgung von Schlaganfallpatienten.
- Steuerung des integrierten Versorgungsnetzes von Seiten des Krankenhauses.
- Langfristige Kalkulation der zur Verfügung stehenden Gelder aus einer Hand, wobei Kosten auf unterschiedlichen Ebenen entstehen und Einsparungen nicht unbedingt auf derselben Ebene zum Tragen kommen.
- Non-finanzielle vor finanziellen Anreizen.
- Die Entwicklung geeigneter Leitlinien und Qualitätsindikatoren über verschiedene Sektoren hinweg.

- Umsetzung von Nachhaltigkeit, Ergebnisqualität und hoher Patientensicherheit, sowie Steigerung der Patientenzufriedenheit.
- Etablierung eines begleitenden Monitorings als Teil des Versorgungsmanagements, eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgung.
- Nachweisbarkeit der Wirksamkeit von P4P (Evaluation).

4.4 Einstufung des Steuerungsziels und Prüfung der Machbarkeit

P4P bietet ein Instrumentarium, das durch ergänzende Steuerungselemente unterstützt, die Versorgungsabläufe positiv beeinflussen kann. Unterschieden werden die Phase der Problemidentifikation, der Problemanalyse und der Problemkorrektur. Am Beispiel des P4P-Modells für Schlaganfallpatienten könnten die **IQM/QSR-Methodik** und der **DMAIC-Zyklus** angewandt werden. Mehrere schematische Grundkategorien können der Einstufung und Umsetzung von Steuerungszielen dienen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C54ff.):

1. Das kontinuierliche Versorgungsmonitoring

mit abgestufter Qualitätsmessung umfasst sämtliche Versorger mit dem Ziel der Identifikation von Versorgungssituationen, bei denen ein Problem vorliegt.

2. Die Korrektur von Versorgungsmängeln

erfolgt durch Klärung der Ursachen deutlicher und wiederholter Abweichungen von den gesetzten Qualitätsanforderungen mit dem Ziel der nachhaltigen Mängelbeseitigung.

3. Instrumente zur Versorgungsentwicklung

kommen zum Einsatz, wenn die Mehrheit der Versorger den festgelegten Qualitätsstandard noch nicht in der Routine erreicht.

4. Die Förderung von exzellenter Versorgungsqualität

kann einen höheren Ressourceneinsatz erfordern und darüber bessere Ergebnisse erzielen. Es kann eine zeitlich begrenzte oder fortlaufende zusätzliche Vergütung vereinbart werden. Die tatsächlich verbesserte Ergebnisqualität muss nachgewiesen werden.

5. Eine effizienz-orientierte Versorgungssteuerung

fördert die Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen durch Teilhabe der Versorgenden an den erzielten Einsparungen (Shared Savings/Umverteilung). Kostenrelevante Ereignisse können als Qualitätsindikatoren dienen.

Die Teilnahme am P4P-Projekt und die Bereitschaft zur transparenten Qualitätsmessung und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung auf Basis von Qualitätsindikatoren könnten zur Auszahlung eines Bonus führen, der nachfolgend zum Ausbau des Qualitätsmanagementsystems, des IT-Systems sowie der Ausstattung mit einer ausreichenden Anzahl von Personal genutzt werden könnte.

4.5 Festlegung der Qualitätsindikatoren unter Prüfung der Eignung und Machbarkeit

Eine mögliche Weiterentwicklung könnte in einer Versorgungssteuerung bestehen, die die Behandlung an einigen qualitativ hochwertigen Standorten konzentriert (vgl. Seeger 2013, S. 230). Verbessert werden müsste zuerst die Bewertung von Struktur- und Prozessindikatoren. Die ausreichende Finanzierung kann die Sicherstellung hoher Qualität unterstützen. P4P wäre im weiteren Schritt sinnvoll, um verschiedene Zusatzleistungen und hochspezialisierte Leistungen finanzieren zu können. P4P-Modelle müssen sich langfristig aus sich selbst heraus tragen können.

Qualitätsindikatoren sollten relevant, valide, ergebnisorientiert und auf Wissenschaftlichkeit hin überprüft sein. Der Patientennutzen muss im Vordergrund stehen. Zur Bewertung der Eignung für P4P-Modelle müssen diese hinsichtlich ihrer Evidenz, Praktikabilität und Diskriminationsfähigkeit überprüft werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C45). Prozess- und Ergebnisindikatoren, über ein Punktesystem gemessen und bewertet, könnten über Shared-Savings Ansätze vergütungsrelevant werden. Die Vergütungsfunktion sollte einen Fokus auf die Ergebnisqualität mit flankierender Unterstützung durch Qualitätsmanagementsysteme aufweisen (vgl. Seeger 2013, S. 250f.). Der Grad der Ergebnisqualität könnte als die Summe mehrerer, wechselseitig voneinander abhängiger Qualitätsdimensionen bestimmt werden.

Folgende Beispiele für **Prozess- und Ergebnisindikatoren** werden bereits durch den IV-Vertrag erfasst. Sie bieten einen Nachweis für Qualitätsverbesserung und Kostenreduktion und könnten auf Basis der P4P-Methodik vergütungsrelevant werden und zudem eine Grundlage für ein Bepunktungssystem darstellen:

1. Spastik

Führt zu Schmerzen, eingeschränkter Mobilität und reduziertem Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen. **Innerhalb eines Jahres** sind **bis zu 40%** der Schlaganfallpatienten betroffen. Die frühe Intervention kann den Ausbruch verhindern oder zumindest lindern.

2. Post-Stroke-Aphasie (PSA)

Tritt bei **ca. 30% der Patienten** auf und ist mit einer erhöhten Mortalität, verminderter funktioneller Erholung und einer reduzierten Wahrscheinlichkeit der Rückkehr zum Arbeitsplatz verbunden. Es besteht ein erhöhtes Risiko, an einer **Depression** zu erkranken.

3. Schmerzen

Zwischen 11% und 55% der Patienten sind von chronischen Schmerzen betroffen (Schulterschmerzen, Spastik, Spannungskopfschmerz und neuropathische Schmerzen).

4. Neuropsychologie

Bis zu 65% der Patienten leiden unter kognitiven Defiziten in den Bereichen Sprechen, Lernen und Gedächtnis, Aufmerksamkeit, mentale Störungen und Auffassungsgabe.

5. Depression/Post-Stroke Depression (PSD)

Tritt **innerhalb des ersten Jahres nach Akutereignis** bei **ca. 20% bis 50% der Patienten** auf und bleibt häufig **unerkannt**. Hat gravierende Auswirkungen auf Outcome und Lebensqualität des Patienten. Die Sterblichkeitsrate ist erhöht, die Verbesserungen durch Rehamaßnahmen sind reduziert.

6. Demenz

Ca. **10% aller Patienten** entwickeln nach ihrem ersten Schlaganfall eine Demenz, nach weiteren Schlaganfällen bereits **ein Drittel** der Patienten.

7. Epilepsie

3%-5% der Patienten erleiden einen Anfall, **54-66%** davon entwickeln eine Epilepsie mit **negativen Auswirkungen auf das Langzeit-Outcome**. Schlaganfall ist die Hauptursache für Epilepsie im Erwachsenenalter.

8. Sekundärprävention

Ein Drittel aller jährlich auftretenden Schlaganfälle sind **Rezidive**. Der medikamentösen Sekundärprävention kommt deshalb große Bedeutung zu.

Zudem:

- Allgemeine Indikatoren des **QSR-Berichts für Schlaganfallpatienten**, die Sterblichkeit und Wiederaufnahmen betreffend. Diese werden bereits durch die IQM-Methodik gemessen.
- Leistungen zur **Prävention**.
- Eine Verbesserung der **Lebensqualität**.
- Eine höhere **Patientenzufriedenheit**.
- Eine nachweisbar hohe **Prozessqualität**, die beispielsweise die Zeitspanne von Beginn der Diagnostik bis zum Beginn der Therapie abbilden könnte.

Qualitätsindikatoren der IQM-/QSR- Methodik für Schlaganfallpatienten beziehen sich auf die Todesfälle bei der Hauptdiagnose Schlaganfall, Hirninfarkt, Hirnblutung und TIA, unterteilt nach Altersstufen sowie einer Behandlung mit und ohne Stroke Unit.

Ergebnisindikatoren könnten nach Ablauf eines Jahres weiterführend als „auf ein zukünftiges Ereignis hinweisende Indikatoren“ gewertet werden. Wenn ein hoher Grad an Komplikationen oder eine dauerhafte Behinderung auftreten, diese wiederum eine hohe Arbeitsunfähigkeitsrate, Berentung oder eine andauernde Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen, könnten durch Prozessverbesserungen und Maßnahmen zur Prävention ausgelöst, bessere Ergebnisse erzielt und wahrscheinlich auch nachgewiesen werden. Diese könnten im nachfolgenden Schritt durch die Umverteilung zukünftiger Gewinne vergütungsrelevant gemacht werden.

Nachfolgend sollten die Auswirkungen des einjährigen Verlaufes betrachtet und die zugrundeliegende Kosten und möglichen Erlöse auf Grundlage des IV-Vertrags ermittelt werden. Diese könnten im weiteren Schritt hinsichtlich einer sinnvollen P4P-Systematik

ausgewertet werden. Der IV-Vertrag beginnt mit dem ersten stationären Aufenthalt in der Klinik, der durch einen akuten Schlaganfall ausgelöst wurde. Nachfolgende Patientenbewegungen, die innerhalb der Klinik und im Verlauf eines Jahres erfolgten, sollen aufgezeigt werden.

Probleme zeigen sich bei Abklärung der Frage, in wieweit eine Verwendung der aufgeführten Prozess- und Ergebnisindikatoren innerhalb der IQM-Methodik realistisch und sinnvoll wäre und welche zusätzlichen Aufwände hierüber erzeugt würden. Aus mehreren Gründen wird dieser Ansatz zum heutigen Zeitpunkt vom Qualitäts- und Risikomanagement der Klinik als nicht realistisch angesehen. Da die IQM-Methode auf der Nutzung von Routinedaten basiert, fließen die Daten weitgehend unadjustiert ein. Charakteristikum für die Verwendung von Routinedaten ist die Vermeidung von zusätzlichem Dokumentationsaufwand und die Verwendung von robusten Daten (z.B. das Überleben). Da die skizzierten wichtigen Handlungsfelder und Interventionen jedoch überwiegend evidenzbasiert sind, würde deren Erfassung mit den genannten Tools aufwendig und ein Studiendesign aufgrund der Multikausalität der Outcomes eine hohe Zahl an Patienten mit Randomisierung und gegebenenfalls Adjustierung erfordern. Nach Einschätzung des Qualitäts- und Risikomanagements der Klinik würde deshalb eine Beschränkung auf die Gegenüberstellung der Behandlungskosten in beiden Alternativen und Annahmen, zur Vermeidung von Komplikationen oder Todesfällen und auf Basis publizierter Daten als hilfreicher angesehen werden. Nachfolgend könnte eine Abschätzungen der zusätzlich entstandenen Kosten pro gewonnenem QUALY oder ICER vorgenommen werden.

Aus den obengenannten Gründen wird nachfolgend die Kalkulation von Erlösen der stationären Erst-Behandlung sowie von möglichen Kosten und Erlösen der im Jahresverlauf folgenden ambulanten Behandlung auf Grundlage des IV-Vertrags Schlaganfall vorgenommen. Auf Basis von publizierten Daten erfolgt eine Abschätzung der in der Regelversorgung nach Schlaganfall anfallenden Kosten, diese können mit den Kosten für die ambulanten Besuche zur Sekundärprävention verglichen werden. Als weiteres Beispiel wird die in Folge eines Schlaganfalls auftretende Spastik hervorgehoben.

4.6 Kalkulation für die ambulante Behandlung zur Sekundärprävention für Schlaganfallpatienten im Jahresverlauf

4.6.1 Kalkulation der zugrundeliegenden stationären Erstbehandlung

Zugrunde gelegt werden die Abrechnungsdaten der Klinik aus dem Abrechnungszeitraum Anfang Januar-Ende September 2014 für Schlaganfallpatienten, die auf einer Stroke Unit behandelt wurden. Eingeschlossen werden 1052 Patienten. Zugrundeliegende DRGs sind die B39A-B39C, B70A- B70F sowie B81A und B81B.

Umfasst werden die Hauptdiagnosen B02.2, D18.02, G08, G40.1, G45.03-G45.92, G83.1 und G83.2, G93.2, I60.6-I64.0, I65.1 und I65.2, I67.0-I67.88, I72.6, R20.1-R20.8, R26.8, R47.1 und R47.2. Somit werden ebenso die stationär auf einer Stroke Unit behandelten Risikopatienten für einen Schlaganfall, z.B. TIA-Patienten, mit berücksichtigt.

Da aus abrechnungstechnischen Gründen nur die Daten der behandelten Patienten im Abrechnungszeitraum Januar bis September 2014 vorliegen (= 9 Monate), muss die für die Kalkulation zugrundeliegende Patientenzahl entsprechend auf 12 Monate hochgerechnet werden. Somit wird diese mit rund 1.400 Patienten beziehungsweise mit 5.600 jährlichen Besuchen kalkuliert.

In Berlin erleiden pro Jahr ca. 11.000 – 12.000 Menschen einen Schlaganfall. Häufigste Ursache sind Hirninfarkte oder transitorisch ischämische Attacken, TIAs (bis zu 90%), seltener Hirnblutungen (bis zu 10%) und Subarachnoidalblutungen (bis zu 5%). Mehr als 50% der Schlaganfälle ereignen sich bei 75-Jährigen und Älteren. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist zukünftig mit einer steigenden Anzahl von Neuerkrankungen zu rechnen (vgl. Berliner Schlaganfallregister (BSR) 2014, S. 1).

Anhand des Startfalles können folgende Angaben ausgewertet werden:

- Aufenthalt auf einer Stroke Unit (wird als Voraussetzung zugrunde gelegt).
- Verteilung der Schweregrade.
- Verweildauer.

Auswertung anhand der Entlassungsart:	Anzahl Patienten
• Nachfolgende Rehabehandlung/Frühreha Phase B	176
• In Reha Phase C oder D	48
• Entlassung in Pflegeeinrichtung ohne Reha (ältere Patienten)	4
• Entlassung nach Hause (und in ambulante Pflege)	733
• Nachstationäre Behandlungen	37
• Verstorben	32
• Sonstige Gründe	1
• Gegen ärztlichen Rat	19
• Außer Budget	2
• Reha Phase B ¹⁷	162
Insgesamt	1214 Patienten

Entlassungsart ausgedrückt in Prozentzahlen:

Frühreha Phase B außerhalb	14,50 %
Reha Phase B in Campus Benjamin Franklin	13,34 %
In Reha Phase C oder D	3,95 %
Entlassung in Pflegeeinrichtung ohne Reha (ältere Patienten)	0,33 %
Entlassung nach Hause (und in ambulante Pflege)	60,38 %
Nachstationäre Behandlungen	3,05 %
Verstorben	2,64 %
Sonstige Gründe und außer Budget	0,25 %
Gegen ärztlichen Rat	1,57 %
Insgesamt	100 %

Im Jahresverlauf überprüft werden können:

- (ungeplante) Wiederaufnahmen.
- Anzahl der Rettungsstellenbesuche.

¹⁷ Zum Vergleich wurde die Anzahl dem 9-Monats-Zeitraum angeglichen.

Auswertung der stationären Aufenthalte von 1.052 Schlaganfallpatienten:

- Eingeschlossen sind Patienten mit akuter Erstsymptomatik wie TIA, Lähmungserscheinungen, Sprachstörungen, ICA-Stenose/Verschluss etc.
- Beobachteter Zeitraum ist der 01. Jan. - 30. Sept. 2014 (nach Entlassungsdatum).
- Alle Patienten wurden auf einer Stroke Unit behandelt.
- Neben der Hauptdiagnose wurden bis zu 35 weitere Diagnosen erfasst, im Durchschnitt 11 Diagnosen (Mittelwert).
- Es wurden bis zu 23 Prozeduren, durchschnittlich 7 Prozeduren erbracht.
- Der durchschnittliche Schweregrad (PCCL) lag bei 1,75.
- Das durchschnittliche Kostengewicht (CW) eines Falles bei 1,89.
- Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 7,35 VWD-Tagen.
- Insgesamt wurden 7.737,08 Verweildauertage erbracht.

Für 1.052 Patienten wurde ein **Case Mix Index (CMI)** in Höhe von **1.987,995** CM-Punkten erzielt. In 71 Fällen erfolgten Abschlüsse, in 29 Fällen wurden Zuschläge angerechnet, die sich auf die End-Bewertung der DRG auswirken.

Es wurden 109 Patienten mit Marcumar behandelt. Unter den 1.052 Patienten befanden sich 258 Diabetiker.

Tab. 17: Ermittlung der Erlöse für Patienten mit zerebraler transitorischer Ischämie und verwandten Syndromen (TIA), Zeitraum von 9 Monaten

HD	DRG	Anzahl	VWD-Tage Mittelwert	CW Gesamt	Erlös in € ¹⁸
G45.03- G45.92	B39B	4	17	17,900	55.800,74
	B39C	2	12	5,226	16.291,32
	B70B	2	6,5	2,902	9.046,58
	B70D	2	3,5	2,464	7.681,18
	B81B	1	5	1,254	3.909,17
Summe		11	10,6	29,746	92.728,99

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten für Schlaganfallpatienten des Unternehmenscontrollings 2014.

¹⁸ Zugrundeliegender Landesbasisfallwert ist 3.117,36 €, Stand 01.08.2014.

Tab. 18: Ermittlung der Erlöse für Patienten mit Subarachnoidalblutung, Zeitraum von 9 Monaten

HD	DRG	Anzahl	VWD-Tage Mittelwert	CW Gesamt	Erlös in €
I60.6/ I60.8	B70A	3	14	2,450	7.784,53
	B70C	1	12	1,711	5.333,80
	B70E	2	6	2,560	7.980,44
Summe		6	11	6,721	20.951,78

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten für Schlaganfallpatienten des Unternehmenscontrollings 2014.

Tab. 19: Ermittlung der Erlöse für Patienten mit intrazerebraler und sonstiger nichttraumatischer intrakranieller Blutung, Zeitraum von 9 Monaten

HD	DRG	Anzahl	VWD-Tage Mittelwert	CW Gesamt	Erlös in €
I61.0 – I62.9	B39B	1	24	3,778	11.777,39
	B39C	2	12	5,226	16.291,32
	B70A	37	8,8	89,885	280.203,90
	B70C	14	8,6	23,444	73.083,39
	B70D	1	7	1,197	3.731,48
	B70E	3	6	4,245	13.233,19
Summe		58	8,95	127,775	398.320,67

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten für Schlaganfallpatienten des Unternehmenscontrollings 2014.

Tab. 20: Ermittlung der Erlöse für Patienten mit Hirninfarkt und Ischämischen Schlaganfall, Zeitraum von 9 Monaten

HD	DRG	Anzahl	VWD-Tage Mittelwert	CW Gesamt	Erlös in €
I63.0 – I64	B39A	9	13,1	55,798	173.942,45
	B39B	38	14	148,045	461.509,56
	B39C	5	8	12,560	39.154,04
	B70A	43	9,5	104,761	326.577,75
	B70B	479	7,5	960,334	2.993.706,80

HD	DRG	Anzahl	VWD-Tage Mittelwert	CW Gesamt	Erlös in €
I63.0 – I64	B70C	59	6,2	98,14	305.937,71
	B70D	272	5,6	346,19	1.079.198,96
	B70E	4	8	4,985	15.540,04
	B70F	26	6,3	24,723	77.070,49
Summe		935	7,2	1.755,536	5.472.637,71

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten für Schlaganfallpatienten des Unternehmenscontrollings 2014.

Frührehabilitation Phase B

Für **zusätzliche 180 Patienten** erfolgte nach der Akutbehandlung die Frührehabilitation Phase B in der Klinik. Erfasst werden die DRGs A07C, A09C, B11Z, B39A, B39B, B42A, B42B, B43Z, B49Z, B61B, B67B, B70A-D.

Die durchgeführte Frührehabilitation Phase B hat Auswirkung auf:

- Den **CMI** in Höhe von **812,521** CM-Punkten und dem durchschnittlichen CW in Höhe von 4,514 Punkten je Patient.
- Die VWD-Tage mit insgesamt 4.523 VWD-Tagen für 180 Patienten und einer durchschnittlichen VWD von 25,13 Tagen (Mittelwert).

Der zugrundeliegende Zeitraum ist hier der 01. Jan. – 31. Okt. 2014. Hochgerechnet auf den Jahresverlauf könnte mit einer Anzahl von **216 Patienten** gerechnet werden. Aufgrund der stark variierenden Höhe an Fallschweren und VWD-Tagen (im Vergleich zu den betrachteten 1.400 Patienten) werden diese 216 Patienten in der nachfolgenden Kalkulation für die ambulante Behandlung nicht berücksichtigt. In der Praxis sollen alle Patienten ambulante Leistungen zur Sekundärprävention erhalten. Somit würden zum heutigen Zeitpunkt jährlich 1.616 Patienten von den Leistungen profitieren.

Ermittlung der Erlöse für 1.616 stationär behandelte Patienten

Der Case Mix Index dient als Maß für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Krankenhausfälle.

Für 1.052 Patienten in 9 Monaten wurden 1.987,995 CM-Punkte ermittelt.

Hochgerechnet auf die nachfolgend kalkulierten 1.400 Patienten in 12 Monaten würden somit **2.650,66** CM-Punkte berechnet werden.

Für 180 Patienten der Frührehabilitation Phase B wurden in 10 Monaten 812,521 CM-Punkte ermittelt.

Hochgerechnet auf die nachfolgend kalkulierten 216 Patienten in 12 Monaten würden somit **975,025** CM-Punkte berechnet werden.

Für 1.616 Patienten in 12 Monaten könnte entsprechend ein CMI von **3.625,685** CM-Punkten zugrunde gelegt werden.

Dieser müsste mit dem gültigen Landesbasisfallwert (Baserate) in Höhe von **3.117,36 €** multipliziert werden (DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser, Stand vom 01.08.2014).

$3.625,685 \text{ CM-Punkte} \times 3.117,36 \text{ € Baserate} = \mathbf{11.302.565,39 \text{ € DRG-Erlös}}$

Die Klinik würde für 1.616 stationäre Schlaganfall-Patienten einen kalkulierten DRG-Jahres-Erlös von 11.302.565,39 € erwirtschaften. Dies unter der Voraussetzung, dass die Patientenzahl entsprechend der bestehenden IST-Zahlen auf 12 Monate fortgeschrieben werden kann.

4.6.2 Kalkulation der Kosten- und Erlöse für die ambulante Behandlung

Das Angebot zur Sekundärprävention umfasst sowohl leichtere als auch schwere Fälle mit dem Ziel, die Versorgung auch nach der Akut- und Rehapphase zu verbessern. Dazu sollen alle Patienten innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Entlassung aus der Akut- oder dem Rehabereich einen ambulanten Termin erhalten. Es entfallen die langen Wartezeiten auf einen Facharzttermin, die notwendige Behandlung auftretender Komplikationen kann zügig beginnen. Die Behandlung ist langfristig und als „Kann-Angebot“ ausgelegt. Dem Patienten werden insgesamt vier Termine innerhalb eines Jahres angeboten. Der erste Termin wird eine Stunde, die anderen Termine eine halbe Stunde umfassen. Zu fragen ist, ob diese vier Termine über EBM abgerechnet oder eine zusätzliche Pauschale für die Ambulanz geplant werden sollte (IV-Vertrag Schlaganfall 2013, Konzept für die Ausweitung des IV-Vertrages in den ambulanten Sektor).

Schwerpunkte der Behandlung:

1. Spastik

Die Spastik ist eine sehr häufige Komplikation, an der ein Jahr nach Ereignis bis zu 40% der Patienten leiden. Sie führt zu Schmerzen, eingeschränkter Mobilität und reduziert den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen. Die frühe Intervention kann den Ausbruch verhindern oder zumindest lindern.

2. Post-Stroke-Aphasie (PSA)

Die Aphasie tritt bei ca. 30% der Schlaganfallpatienten auf und zählt damit ebenfalls zu den häufigen Komplikationen. Sie ist mit einer erhöhten Mortalität, einer verminderten funktionellen Erholung und einer reduzierten Wahrscheinlichkeit der Rückkehr zum Arbeitsplatz verbunden. Außerdem gibt es ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken.

3. Schmerzen

Von chronischen Schmerzen sind zwischen 11% und 55% der Patienten betroffen. Am Häufigsten kommen Schulterschmerzen, Spastik, Spannungskopfschmerzen und neuropathische Schmerzen vor.

4. Neuropsychologie

Bis zu 65% der Schlaganfallpatienten leiden unter kognitiven Defiziten in den Bereichen Sprechen, Lernen und Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Mentale Störungen und Auffassungsgabe.

5. Depression

Die Post-Stroke Depression (PSD) ist eine häufig unerkannte Komplikation nach Schlaganfall, obwohl sie innerhalb des ersten Jahres nach Akutereignis bei ca. 20% bis 50% der Patienten auftritt und gravierende Auswirkungen auf das Outcome und die Lebensqualität des Patienten hat. So ist die Sterblichkeitsrate erhöht und die Verbesserungen durch Rehammaßnahmen sind reduziert.

6. Demenz

Ca. 10% aller Patienten entwickeln nach ihrem ersten Schlaganfall eine Demenz, nach weiteren Schlaganfällen ist es bereits ein Drittel.

7. Epilepsie

Schlaganfall ist die Hauptursache für Epilepsie im Erwachsenenalter; 3%-5% erleiden einen Anfall, 54%-66% davon entwickeln eine Epilepsie mit negativen Auswirkungen auf das Langzeit-Outcome.

8. Sekundärprävention

Ein Drittel aller jährlich auftretenden Schlaganfälle sind Rezidive. Der medikamentösen Sekundärprävention kommt deshalb große Bedeutung zu.

Auf Grundlage des EBM 1/2014 – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Stand 1. Quartal 2014) und des EBM in der Fassung mit Wirkung vom 01. Oktober 2014 wurde die folgende Liste der abrechenbaren Leistungen für das geplante Angebot zur Sekundärprävention für Schlaganfallpatienten zusammengestellt.

Die grundsätzlich rechtmäßige Abrechenbarkeit dieser Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit den entsprechenden Krankheiten und unter Beachtung des obligaten Leistungsinhalts und der entsprechenden Anmerkungen und Ausschlüsse wurde mit dem Dezernat 3 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgesprochen (Frau Dr. Unger, Dezernat für Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung, Abteilung EBM-Gebührenordnung und Vergütung).

Ergänzend durchgeführte Leistungen können zusätzlich abgerechnet werden. Neben der spezifischen Abrechnungsziffer für die entsprechende Prozedur, steht die ergänzende Abrechnungsziffer 27333 (Zuschlag für jede weitere Untersuchung und Behandlung) zur Verfügung. Diese darf nur in Verbindung mit der Ziffer 27332 (Physikalisch-rehabilitative Diagnostik bei Schädigungen der Strukturen und Funktionen des Bewegungssystems/ZNS) ergänzend für jede weitere Untersuchung und Behandlung berechnet werden.

Tab. 21: Abrechenbare ambulante Leistungen nach EBM, zur Sekundärprävention für Schlaganfallpatienten

Abrechnungs-Nummer	Leistungsbeschreibung	Punkte	€-Betrag
01321	Grundpauschale Krankenhaus	159 Pkt.	16,11 €
16211	Neurologische Grundpauschale, 6.-59. Lj.	228 Pkt.	23,10 €
16212	Neurologische Grundpauschale, ab 60. Lj.	230 Pkt.	23,30 €
16220	Neurologisches Gespräch (Behandlung, Beratung, Erörterung und Abklärung)	90 Pkt.	9,12 €
16222	Erhebung Fremdanamnese (Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen)	113 Pkt.	11,45 €
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des ZNS in häuslicher und/oder familiärer Umgebung (2x im Behandlungsfall)	375 Pkt.	37,99 €
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des ZNS in häuslicher und/oder familiärer Umgebung (einmal im Behandlungsfall)	299 Pkt.	30,29 €
16320	Elektronystagmo-/Okulographie/Blinkreflexprüfung	126 Pkt.	12,76 €
16322	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung (EMG/ENG)	184 Pkt.	18,64 €
16340	Testverfahren Demenz (wenn nicht 16371 berechnet)	19 Pkt.	1,92 €
16371	Anwendung/Auswertung Aachener Aphasietest	391 Pkt.	39,61 €
Abrechnungs-Nummer	Leistungsbeschreibung	Punkte	€-Betrag
21232	Zusatzpauschale Ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung	198 Pkt.	20,06 €
27310	Erhebung eines auf Einschränkungen von Funktionen und Fähigkeiten bezogenen Ganzkörperstatus	113 Pkt.	11,45 €
27332	Physikalisch-rehabilitative Diagnostik bei Schädigungen der Strukturen und Funktionen des Bewegungssystems/ZNS (dann Ausschluss 27310)	426 Pkt.	43,11 €
27333	Zuschlag für jede weitere Untersuchung und Behandlung (nur wenn 27332 abgerechnet)	69 Pkt.	6,99 €
30708	Beratung, Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie (mind. 10 Min. Dauer)	118 Pkt.	11,95 €

Neu seit EBM 2013:

03220	Zuschlag für Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung, hausärztliche Behandlung	130 Pkt.	13,17 €
03221	Zuschlag für intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung, hausärztliche Behandlung (2x im Behandlungsfall)	150 Pkt.	15,20 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des EBM 01/2014 und 04/2014, nach Absprache mit der KBV.

Kalkulation der Erlöse nach EBM für die ambulanten Leistungen

Tab. 22: Kalkulation der Erlöse für ambulante Leistungen zur Sekundärprävention nach EBM, 1.400 Patienten und 5.600 jährliche Besuche

Abrechnungs- Nummer	Leistungsbeschreibung	Anzahl je Patient	Anzahl Gesamt	€-Betrag je Leistung	Gesamtbetrag 5.600 Besuche in €
01321	Grundpauschale Krankenhaus	4	5.600	16,11 €	90.216,00
16211	Neurologische Grundpauschale, 6.-59. Lj.	11% ¹⁹	616	23,10 €	14.229,60
16212	Neurologische Grundpauschale, ab 60. Lj.	89%	4.984	23,30 €	116.127,20
16220	Neurologisches Gespräch (Behandlung, Beratung, Erörterung und Abklärung)	4	5.600	9,12 €	51.072,00
16222	Erhebung Fremdanamnese (Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen)	4	5.600	11,45 €	64.120,00
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des ZNS in häuslicher und/oder familiärer Umgebung (2x im Behandlungsfall)	-		37,99 €	-
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des ZNS in häuslicher und/oder familiärer Umgebung (einmal im Behandlungsfall)	4	5.600	30,29 €	169.624,00
16320	Elektronystagmo- /Okulographie/Blinkreflexprüfung	2	2.800	12,76 €	35.728,00
16322	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung (EMG/ENG)	4	5.600	18,64 €	104.384,00
16340	Testverfahren Demenz (wenn nicht 16371 berechnet)	70%	3.920	1,92 €	7.526,40
16371	Anwendung/Auswertung Aachener Aphasietest	30%	1.680	39,61 €	66.544,80
21232	Zusatzpauschale Ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung	4	5.600	20,06 €	112.336,00
27310	Erhebung eines auf Einschränkungen von Funktionen und Fähigkeiten bezogenen Ganzkörperstatus	-		11,45 €	-
27332	Physikalisch-rehabilitative Diagnostik bei Schädigungen der Strukturen und Funktionen des Bewegungssystems/ZNS (dann Ausschluss 27310)	4	5.600	43,11 €	241.416,00
16310	Elektroenzephalographische Untersuchung	5%	280	25,43 €	7.120,40
27333	Zuschlag für jede weitere Untersuchung und Behandlung (nur wenn 27332 abgerechnet)	5%	280	6,99 €	1.957,20
30708	Beratung, Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie (mind. 10 Min. Dauer)	55%	3.080	11,95 €	36.806,00

¹⁹Ermittelt auf Grundlage einer Erhebung über die Entwicklung der Gesamtzahl an Schlaganfallpatienten bis zum Jahre 2050, vgl.: Deutsches Ärzteblatt 2008, S. 470.

Neu seit EBM 2013:

03220	Zuschlag für Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung, hausärztliche Behandlung	4	5.600	13,17 €	73.752,00
03221	Zuschlag für intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung, hausärztliche Behandlung (2x im Behandlungsfall)	-		15,20 €	-

Gesamterlöse der ambulanten Leistungen zur Prävention 1.400 Patienten/5.600 Besuche 1.192.959,60 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von EBM 01/2014 und EBM 04/2014.

Laborleistungen

Zur Bestimmung der durchzuführenden Laborleistungen wurden folgende Vorgaben, unterschieden nach Krankheitsbildern, festgelegt. Für die unterschiedlichen Krankheitsbilder sind unterschiedliche Laborwerte zu veranschlagen:

Ischämische Schlaganfälle (85%):

- Alle Pat. an 2 Terminen (z.B. 3. Mon., 9. Mon.): Kl. Blutbild, ALAT, ASAT/ GGT, Kreatinin, Natrium, Kalium.
- Alle (z. B. nach 6 Monaten): Einmalig LDL.
- Für Diabetiker²⁰ (z. B. nach 6 Monaten): Einmalig HbA1c.
- Für mit Marcumar behandelte Pat. an jedem Termin: PTT, Quick, INR.

Hirnblutungen (10%):

- Alle Pat. an 2 Terminen: Kl. Blutbild, ALAT, ASAT/ GGT, Kreatinin, Natrium, Kalium.

Sinusvenenthrombose (5%):

- Alle Pat. an 2 Terminen: Kl. Blutbild, ALAT, ASAT/ GGT, Kreatinin, Natrium, Kalium.
- Für mit Marcumar behandelte Pat. an jedem Termin: PTT, Quick, INR.
- Ggf. einmalig Thrombophilie-Labor (sehr variable Kosten je nach Umfang).

²⁰ Da Diabetiker eine signifikant erhöhte Inzidenz von Tod, Abhängigkeit und wiederkehrendem Schlaganfallereignis innerhalb von 3-6 Monaten nach Symptombeginn haben, werden diese - ähnlich der mit Marcumar behandelten Patienten - gesondert betrachtet (vgl. Qian Jia 2011, S1.).

Zudem sollte ein gewisser Prozentsatz (ca. 10-20%, im Beispiel von 15%) für Kontrollen pathologischer Werte eingeplant werden. Für die Berechnung müsste bekannt sein, wie viele Patienten der jeweiligen Diagnose zusammenkommen würden, wie viele davon mit Marcumar behandelt und wie viele Diabetiker sind.

Tab. 23: Jahresvergütung nach EBM für Labore, bezogen auf 1.400 Patienten und 5.600 ambulante Termine (4 Quartale),

gemäß EBM 1/2014 und EBM in der Fassung mit Wirkung zum 01. Oktober 2014

	EBM-Ziffer	Anzahl je Patient	Vergütung EBM in € (Einzelleistung)	Anzahl gesamt bei 1.400 Pat.	Vergütung in € bezogen auf 1.400 Patienten
--	------------	-------------------	-------------------------------------	------------------------------	--

Kleines Blutbild:

Vollständiger Blutstatus	32122	2	1,10	2.800	3.080,00
Zuschlag bei mikroskopischer Differenzierung	32123	2	0,40	2.800	1.120,00
	EBM-Ziffer	Anzahl je Patient	Vergütung EBM in € (Einzelleistung)	Anzahl gesamt bei 1.400 Pat.	Vergütung in € bezogen auf 1.400 Patienten

Speziallabore:

ALAT	32070	2	0,25	2.800	700,00
ASAT/GGT	32071	2	0,25	2.800	700,00
Kreatinin	32067	2	0,40	2.800	1.120,00
Natrium	32083	2	0,25	2.800	700,00
Kalium	32081	2	0,25	2.800	700,00
LDL	32062	1	0,25	1.190 ²¹	297,50
HbA1c/ Nur Diabetiker	32094	1	4,00	344 ²²	1.376,00
PTT/ Nur Marcumar-Pat.	32112	4	0,60	580	348,00
Quick/ Nur Marcumar-Pat.	32114	4	0,75	580	435,00
INR/ Nur Marcumar-Pat.	32115	4	0,75	580	435,00

²¹ Nur Ischämische Schlaganfälle.

²² Unter den betrachteten Patienten wurden 258 Diabetiker und 109 mit Marcumar behandelte Patienten ermittelt. Hochgerechnet auf 1.400 Patienten wären dieses 344 Diabetiker und 145 Marcumar-Patienten.

**Thrombophilie-Prophylaxe bei Sinusvenenthrombose
nach Bedarf z.B. Antithrombin III, Plasminogen, Faktor II – VIII etc.**

EBM-Ziffern: 32210 – 32228

Vergütung je nach Wert: 11,40 € – 34,60 €

Zwischensumme	11.011,50
+ 15 % für pathologische Werte	1.651,73
Gesamtvergütung der Labore bezogen auf 1.400 Patienten und 5.600 Besuche	12.663,23

Quelle: Eigene Darstellung.

**Gesamterlöse der ambulanten Leistungen zur Prävention 1.400 Patienten/5.600
Besuche** **1.192.959,60 €**

+ Labore **12.663,23 €**

Gesamterlöse sind **1.205.622,83 €**

Damit entfallen auf jeden Patienten durchschnittliche Erlöse in Höhe von

861,16 €

4.6.3 Berechnung der zugrundeliegenden Kosten zur Durchführung der ambulanten Leistungen zur Prävention

Zur Berechnung der zugrundeliegenden Kosten für die geplanten ambulanten Leistungen zur Sekundärprävention müssen sowohl die Personalkosten, Sachkosten (weitere DB II - relevante Kosten und medizinischer Sachbedarf), Infrastrukturkosten, als auch Kosten der internen Leistungsverrechnung (ILV) berücksichtigt werden.

I. Kalkulation der Personalkosten

I.1 Personalkosten Ärztlicher Dienst

Tab. 24: Berechnung der Jahresarbeitszeit

261 Tage	excl. WE
abz. ²³ 10 Tage	Feiertage
abz. 30 Tage	Urlaub
abz. 5 Tage	krank
abz. 6 Tage	Dienstreise/Bildungsurlaub
210 Tage	JAZ/in Tagen

Quelle: Eigene Darstellung.

²³ Abz. = abzüglich.

Jahresarbeitszeitminuten Vollkraft bei 42h/Woche²⁴

Grundlage 210 Arbeitstage (AT) – 504 Min./pro Tag

504 Min. x 210 AT = 105.840 Min. AZ/VK²⁵ pro Jahr

Jahresarbeitszeitminuten²⁶ nach Abgrenzung unproduktiver Zeiten

Wegezeit/Besprechung: 60 Min./Tag

Interne Fortbildung: 12 Min./Tag²⁷

504 Min. - 72 Min. = 432 Min./ pro Tag produktive AZ

432 Min. x 210 AT = 90.720 Min. produktive AZ/VK pro Jahr

Kosten je Minute produktiver AZ ärztlicher Dienst

TV-Ärzte, **Stufe ÄI** (Assistenzarzt):

77.374 € Jahresgehalt/ 90.720 JAZ-Min. produktive AZ/VK pro Jahr = 0,85 €/Min.

TV-Ärzte, **Stufe ÄII** (Facharzt):

96.881 € Jahresgehalt/ 90.720 JAZ-Min. produktive AZ/VK pro Jahr = 1,07 €/Min.

TV-Ärzte, **Stufe ÄIII** (Oberarzt):

119.198 € Jahresgehalt/ 90.720 JAZ-Min. produktive AZ/VK pro Jahr = 1,31 €/Min.

Bei 1.400 Schlaganfallpatienten entfallen auf ambulante Besuche von jährlich 150 Min. für jeden Patienten eine Gesamtsumme von 210.000 Min. = 3.5000 h jährlicher Arbeitszeit.

Die jährliche Arbeitszeit eines Arztes beträgt 90.720 JAZ-Min. produktive AZ/VK.

Somit werden: 210.000 Min./ 90.720 JAZ-Min. je VK = **2,31 VK** pro Jahr benötigt.

Kalkuliert werden: 1,25 VZ-Stellen Ärztlicher Dienst Stufe: Ä1:	96.717,50 €
1,25 VZ-Stellen Ärztlicher Dienst Stufe Ä2:	121.101,25 €
¼ Stelle Ärztlicher Dienst Stufe Ä3:	29.799,50 €

Es entfallen auf den Ärztlichen Dienst jährliche Kosten in Höhe von: **247.618,25 €**

I.2 Personalkosten Pflegedienst/Funktionsdienst

Auf Grundlage von Schätzung werden 2,5 VK-Stellen angesetzt:

²⁴ Berechnungsgrundlage nach Kalkulationshandbuch, auf Basis des Tarifvertrags Ärztlicher Dienst.

²⁵ Arbeitszeit (AZ), Vollkraft (VK).

²⁶ Jahresarbeitszeitminuten.

²⁷ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) et al. (2002), S. 80f.

0,75 VK-Stellen auf die Vergütungsgruppe A05	31.446,00 €
0,75 VK-Stellen auf die Vergütungsgruppe B05	37.951,50 €
1VK-Stelle auf die Vergütungsgruppe B07	55.058,00 €

Es entfallen auf den Pflegedienst/Funktionsdienst jährliche Kosten in Höhe von:

124.455,50 €

Jährliche Gesamtkosten Personal für 1.400 Schlaganfallpatienten

Ärztlicher Dienst	247.618,25 €
Pflege-/Funktionsdienst	124.455,50 €

Gesamtkosten **372.073,75 €**

Es entfallen auf jeden Patienten Kosten in Höhe von **265,77 €**

II. Sachkosten

II.1 DB II-relevante Kosten

- Dienstleistung Fremdpersonal (incl. ambulanter Verrechnung)
- Aufwendung Dienstvereinbarungen

Auf Basis von Schätzung und Erfahrungswerten der Hochschulambulanz werden

34.048,00 € kalkuliert.

II.2 Medizinischer Sachbedarf

Medizinischer Sachbedarf umfasst u.a.:

- Arzneimittel/Arzneimittel Eigenherstellung
- Blut, Blutkonserven, Blutprodukte
- Ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Verbandsmittel
- Narkose und sonstiger OP-Bedarf
- Röntgenbedarf, Laborbedarf
- Fremdleistungen (Untersuchungen in fremden Instituten, med. Fremdpersonal GB Personal).

Auf Basis von Schätzung und Erfahrungswerten der Hochschulambulanz werden

45.221,00 € kalkuliert.

III. Infrastrukturkosten

Nach Auswertung der Flächen der Klinik-Ambulanzen mit der GIS Umlage 2014 ergeben sich in 2014 durchschnittlich 17,81 € Kosten je Monat. Die anteiligen Infrastrukturkosten werden auf Basis der bestehenden Kalkulation für die Ambulanz berechnet.

Die Fläche der Ambulanz wird auf 300 m² geschätzt. Dieser Wert wird mit einem durchschnittlich ermittelten Faktor von 17,81 € je qm je Monat multipliziert. Das Ergebnis auf 12 Monate hochgerechnet.

$$300 \text{ m}^2 \times 17,81 \text{ €} \times 12 \text{ Mon.} = \mathbf{64.116,00 \text{ €}}$$

Die anteiligen Infrastrukturen werden mit einem Wert von 64.116,00 € festgelegt.

IV. Kosten der internen Leistungsverrechnung (ILV)

Die Kosten der im Jahresverlauf geplanten ambulanten Besuche werden auf Grundlage der Kostenberechnung für die Ambulanz ermittelt. Bisher wurden nach erfolgter stationärer Behandlung und Rehabilitation nur in Ausnahmefällen weitere ambulante Besuche angeboten, die im Wesentlichen zusätzliche Laborleistungen umfassten.

Als Grundlage für die weiterführende Leistungskalkulation, die im IV-Vertrag beschrieben wurde, dienen die bestehenden Vorgaben für die interne Leistungsverrechnung der Klinik. Es erfolgt eine Aufschlüsselung nach Leistungsziffern, Anzahl und Leistungseinheiten mit Punktbewertung. Auf dieser Grundlage kann die Bewertung der einzelnen Leistungen mit einem Eurobetrag zur Erlösermittlung vorgenommen werden.

Tab. 25: Leistungsbewertung Ambulanz 2014

Kennziffer	Leistung	Punkte	Eurobetrag
D1	Beratung auch telefonisch	80 Pkt.	4,66 €
D2	Ausstellung von Wiederholungsrezepten	30 Pkt.	1,75 €
D3	Eingehende Beratung auch mit Fernsprecher	150 Pkt.	8,74 €
D5	Symptombezogene Untersuchung	80 Pkt.	4,66 €
D70	Bescheinigung/Zeugnis/Arbeitsunfähigkeit	40 Pkt.	2,33 €
D75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits-, Befundbericht	130 Pkt.	7,58 €
D95	Schreibgebühr je Din-A-4 Seite	60 Pkt.	3,50 €
D96	Schreibgebühr je Kopie	3 Pkt.	0,17 €
D800	Eingehende neurologische Untersuchung	195 Pkt.	11,37 €

EP16211	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr ²⁸	900 Pkt.	31,50 €
EP16212	Grundpauschale ab Beginn des 60. Lebensjahres	895 Pkt.	31,33 €
MNEEEG_ROM	EEG (Routine, nicht bettseitig)		25,21 €
MNEDIA000	Neuropsychologische Diagnostik (ILV)		15,04 €
MNETHE000	Neuropsychologische Therapie (30 Min., ILV)		31,25 €
MNETHE005	Supportive Therapie (30 Min., ILV)		31,25 €
MNESON000	Fremdanamnese		9,17 €
MNESON005	Angehörigenberatung (ins. 50 Min. – 2 Std.)		12,50 €
MNESON010	Neuropsychologischer Befundbericht		8,75 €
MZUSCHL	Wird automatisch ermittelt (Zuschlag		
XSCHÜ	Behandlungspauschale für HSA-Überweisung		
X21000010	HSA Quartal Pausch. Sprechstundenbedarf		
X21028000	HSA Quart. Pausch. o. Diff. Neurologie		

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der ILV, Unternehmenscontrolling 2014.

**Tab. 26: Kostenkalkulation der ambulanten Besuche nach Vorgabe der Internen
Leistungsverrechnung für ambulante Leistungen 2014**

Kennziffer	Leistung	€ je Leistung	Anzahl je Patient	Anzahl Gesamt	Kosten Gesamt in €
D1	Beratung auch telefonisch	4,66 €	2	2.800	13.048,00
D75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits-, Befundbericht	7,58 €	4	5.600	42.448,00
D800	Eingehende neurologische Untersuchung	11,37 €	4	5.600	63.672,00
MNEEEG_ROM	EEG (Routine, nicht bettseitig)	25,21 €	5%	280	7.058,80
MNEDIA000	Neuropsychologische Diagnostik (ILV)	15,04 €	4	5.600	84.224,00
MNETHE000	Neuropsychologische Therapie (30 Min., ILV)	31,25 €	2	2.800	87.500,00
MNETHE005	Supportive Therapie (30 Min., ILV)	31,25 €	3	4.200	131.250,00
MNESON000	Fremdanamnese	9,17 €	2	2.800	25.676,00
MNESON010	Neuropsychologischer Befundbericht	8,75 €	2	2.800	24.500,00
	Pauschbetrag für Ausstellung von Rezepten und Bescheinigungen	12,00 €		1.400	16.800,00
Gesamtkosten der ambulanten Leistungen zur Prävention 1.400 Patienten/5.600 Besuche					496.176,80 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der ILV, Unternehmenscontrolling 2014.

Weitere Kosten, beispielsweise für die Arztbriefschreibung, werden über die Personal- und Sachkosten abgeglichen. Zusätzliche Untersuchungen müssen bei Bedarf mit der EBM-Vergütung gegengerechnet werden. In diesen Fällen kann ein Zuschlag für jede weitere Untersuchung und Behandlung angerechnet werden (EBM-Ziffer 27333).

²⁸ Wird bei der Kostenermittlung nicht bewertet.

Tab. 27: Jahreskosten Labore nach Vorgabe der Internen Leistungsverrechnung für ambulante Leistungen 2014

	Leistungs-Ziffer	Anzahl (Termine) je Patient	Kosten in € (Einzelleistung)	Anzahl gesamt bei 1.400 Patienten	Kosten in € bezogen auf 1.400 Patienten
Kleines Blutbild:					
Vollständiger Blutstatus	D3550	2	1,02	2.800	2.856,00
Zuschlag bei mikroskopischer Differenzierung	D3551	2	0,34	2.800	952,00
Speziallabore:					
ALAT	D3595.H1	2	0,68	2.800	1.904,00
ASAT/GGT	D3592.H1	2	0,68	2.800	1.904,00
Kreatinin	D3585.H1	2	0,68	2.800	1.904,00
Natrium	D3558	2	0,51	2.800	1.428,00
Kalium	D3557	2	0,51	2.800	1.428,00
LDL	D3564.H1	1	0,68	1.190 ²⁹	809,20
HbA1c/ Nur Diabetiker	D3561	1	3,40	344	1.169,60
PTT/ Nur Marcumar-Pat.	D3606	4	1,19	580	690,20
Quick/ Nur Marcumar-Pat.	D3607	4	0,85	580	493,00
INR/ Nur Marcumar-Pat.	D3605	4	0,75	580	435,00
Thrombophilie-Prophylaxe bei Sinusvenenthrombose Nach Bedarf z.B. Antithrombin III, Plasminogen, Faktor II – VIII etc. D3930 – D3943 je nach Wert: 1,70 € – 34,00 €					
Zwischensumme					15.973,00
+ 15 % für pathologische Werte					2.395,95
Gesamtkosten der Labore bezogen auf 2.400 Patienten					18.368,95 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der ILV Laborleistungen, Unternehmenscontrolling 2014.

²⁹ Nur bei Ischämischen Schlaganfällen.

Leistungsbewertung Ambulanz 2014	496.176,80 €
+ Gesamtkosten Labore 2014	18.368,95 €
Gesamtkosten der ILV³⁰ für 1.400 Patienten	514.545,75 €

Anzumerken ist, dass teurere Labore und Speziallabore wiederum im Vergleich zur EBM-Vergütung erheblich günstiger erbracht werden können. Dies soll am folgenden Beispiel ausgewählter Thrombophilieleistungen demonstriert werden.

Tab. 28: Vergleich der Kosten nach Vorgabe ILV 2014 mit der Vergütung nach EBM 04/2014, Thrombophilieleistungen

Laborleistung	Kennziffer ILV	Kosten ILV Leistungseinheit	Abrechnungs- Nummer EBM	Vergütung EBM Leistungseinheit
Antithrombin III	D3930	1,87 €	32210	11,40 €
Laborleistung	Kennziffer ILV	Kosten ILV Leistungseinheit	Abrechnungs- Nummer EBM	Vergütung EBM Leistungseinheit
Fibrinogen, immundiff. o.ä.	D3934	3,06 €	32212	17,80 €
Gerinnungsfaktor II	D3939	7,82 €	32213	18,80 €
Gerinnungsfaktor V	D3939	7,82 €	32214	18,40 €
Gerinnungsfaktor VIII	D3939	7,82 €	32216	24,30 €
Gerinnungsfaktor IX	D3939	7,82 €	32218	24,10 €
Gerinnungsfaktor X	D3939	7,82 €	32219	29,10 €
Gerinnungsfaktor VII	D3940	12,24 €	32215	34,60 €
Gerinnungsfaktor XI	D3940	12,24 €	32220	27,60 €
Gerinnungsfaktor XII	D3940	12,24 €	32221	27,60 €
Gerinnungsfaktor XIII, immundiff. o.ä.	D3943	4,25 €	32222	25,90 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der ILV Laborleistungen, Unternehmenscontrolling 2014.

³⁰ Interne Leistungsverrechnung.

Gesamtkosten unter Berücksichtigung der Vorgabe der ILV 2014 für 1.400 Patienten und 5.600 Besuche

I. Personalkosten	372.073,75 €
II. Sachkosten (DB II-relevante Kosten + Medizinischer Sachbedarf)	79.269,00 €
III. Infrastrukturkosten	64.116,00 €
IV. Kosten der internen Leistungsverrechnung ILV	514.545,75 €

Gesamtkosten **1.030.004,50 €**

Umgerechnet auf den einzelnen Patienten würden somit Kosten in Höhe von **735,72 €** für jeden Patienten im Jahresverlauf anfallen.

Dem gegenüber stehen die vorher berechneten **Gesamterlöse nach EBM** in Höhe von

1.205.622,83 €

Gesamtvergütung nach EBM	1.205.622,83 €
- Gesamtkosten unter Berücksichtigung der ILV 2014	1.030.004,50 €

Erlöse für 1.400 Schlaganfallpatienten **175.618,33 €**

Für jeden Schlaganfallpatienten wird ein Erlös in Höhe von **125,44 €** erwirtschaftet.

Wenn hierzu die Schlaganfallpatienten mit nachfolgender Rehabehandlung/ Frühreha Phase B hinzugerechnet werden, entstände ein jährlicher Erlös für **1.616** Patienten in Höhe von:

1.616 Patienten x 125,44 € Erlös je Patienten = **202.711,04 €**

Eine höhere Erlösspanne könnte durch die Abrechnung weiterer durchgeführter Leistungen und Maßnahmen erzielt werden, die jedoch nicht für alle Patienten festgeschrieben werden sollten. Diese können zu positiven Deckungsbeiträgen führen. Weiteres Ziel wäre es, eine höhere Anzahl von Patienten zur Sekundärprävention anzuwerben. Synergieeffekte bestehen vor allem auch für die Schlaganfallforschung.

4.6.4 Weiterführende Kostenanalyse im Jahresverlauf

Eine weiterführende Kostenanalyse im Jahresverlauf unter Einschluss von stationärer Behandlung und Rehabehandlung müsste folgende Punkte berücksichtigen:

- Kosten der Leistungen der Akutklinik (Zu- und Abschläge, Zusatzentgelte).
- Leistungen der Rehabilitation.
- Sehr teure Medikamente (siehe Liste 1), die für 3 Tage vom Krankenhaus aus in die Rehaklinik mitgegeben werden.
- Fremdbehandlung während der Reha (nachstationär?).
- Krankentransport vom Krankenhaus zur Reha (innerhalb Berlin und Brandenburg).

Ausschluss für eine Komplexbehandlung wäre der Heilmittelbedarf nach der Reha. Die Gesamtzahlung der Komplexpauschale würde an das Krankenhaus erfolgen. Einmal jährlich würde eine Nachverhandlung des Budgets mit der Krankenkasse erfolgen.

Zusätzliche Selbstkosten wären:

- Die Organisation der Zuzahlungen der Patienten.
- Kosten für die Dokumentation.
- Kosten für Bescheinigungen und Berichte.

Der IV-Vertrag Schlaganfall würde enden bei:

- Verlegung in ein anderes Krankenhaus.
- Schwere Komplikationen, die eine zusätzliche Intensivbehandlung mit Beatmung erforderlich machen.
- Sowie bei einem weiteren Schlaganfall.

Geklärt werden müssten:

- Die Erfordernisse des Datenschutzes.
- Mindestmerkmale der Dokumentation.

Die Einhaltung von Richtlinien würde auf Grundlage von:

- Verwendeten Richtlinien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (CSB).
- Indikationsbezogenen Behandlungspfaden erfolgen.

Da die Leistungen zur Sekundärprävention allen Schlaganfallpatienten zur Verfügung gestellt und somit keine Ein- und Ausschlusskriterien umgesetzt werden, wird auf die Kostenkalkulation der stationären Aufenthalte sowie der Leistungen zur Rehabilitation verzichtet. Schwerpunkt der Kalkulation sind die ambulanten Leistungen zur Prävention. Neben positiven Qualitätsaspekten könnten Einsparpotentiale umgesetzt werden, die mit der Nutzung von IT-Potentialen innerhalb der Integrierten Versorgungsmodelle einhergehen (vgl. von Eiff 2014, S.5). Eine hohe Struktur- und Prozessqualität kann gewährleistet werden.

Es können verschiedene Dimensionen von Kostenreduktion unterschieden werden:

Die direkte Kostenreduktion für den Kostenträger, Kostenreduktion für die Krankenkasse, die Pflegekasse, den Rentenversicherungsträger sowie die Kosten für die Gesellschaft.

Ein weiterentwickeltes integriertes Versorgungsmodell kann der zentralen Bedeutung eines Krankenhauses Rechnung tragen (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 17). Ziele eines Integrationsnetzes und damit entscheidendes Kriterium für dessen Fortführung und regionalen Ausdehnung sind die nachweisbare Qualitätsverbesserung und die Kosteneinsparung im Vergleich zur Regelversorgung. Der Dokumentationsaufwand sollte auf ein Minimum reduziert werden.

4.7 Prädiktoren für eine spätere Pflegebedürftigkeit nach einem Schlaganfall

Das Qualitätssicherungsprojekt „Stroke Northwest Deutschland“ untersuchte die langfristigen Auswirkungen des Schlaganfalls auf die Wahrscheinlichkeit hin, dass ein Schlaganfallpatient Versicherungsleistungen für Langzeitpflege in Anspruch nehmen muss. Zugrundeliegender Zeithorizont waren 3,6 Jahre. Das Ergebnis zeigte, dass die Aufwandsmenge an Anträgen zur Langzeitpflege positiv mit dem Alter, dem weiblichen Geschlecht, der Zahl an Begleiterkrankungen und Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes und dem Grad der körperlichen Beeinträchtigung korreliert (vgl. Diederichs et al. 2011, S. 1f.). Die verschiedenen Haupttypen des Schlaganfalls unterscheiden sich deutlich in Bezug auf die Mortalität, Invalidität und Pflegebedürftigkeit. Der Schlaganfall ist weltweit eine der Krankheiten mit den meisten weitreichenden

sozialen und medizinischen Folgen. Dank einer standardisierten Dokumentation besteht eine Fülle von Informationen über die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten. Daten über den langfristigen Verlauf der Krankheit nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach der Rehabilitation sind hingegen spärlich.

Das primäre Ziel der Studie war es daher, die Auswirkungen von klinischen Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit eines Folgeantrags auf Leistungen der Pflegeversicherung zu analysieren. Noch heute sterben etwa 30% der Patienten innerhalb eines Jahres nach dem Ereignis und viele leiden unter langfristigen neurologischen Folgen. Der Schlaganfall ist einer der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen und mit seinen weitreichenden Folgen eine der kostenintensivsten Krankheiten im deutschen Gesundheitssystem. In den ersten 3 Monaten nach dem Akutereignis zieht ein akuter Schlaganfall Kosten in Höhe von mehr als 15.000 € pro Patient nach sich. Bezogen auf alle Schlaganfallpatienten in Deutschland entfallen 1,5 Mrd. € auf die Rehabilitation und 1,7 Mrd. € auf Leistungen für die Pflegeversicherung. Sekundäres Ziel der Studie sollte es somit sein, festzustellen, welche gesundheitsbezogenen Instrumente am besten geeignet sind, um einen Folgeantrag auf die Pflege zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus vorherzusagen (vgl. Diederichs et al. 2011, S. 2).

Faktoren zur Vorhersage eines Folgeantrags auf Pflege (Diederichs et al. 2011, S. 5):

- Alter.
- Weibliches Geschlecht.
- Ein früherer Schlaganfall.
- Eine hohe Punktzahl auf der Rankin-Skala.
- Eine geringe Punktzahl auf dem Barthel-Index.

Es konnten verschiedene Risikofaktoren für spätere Pflegebedürftigkeit identifiziert werden (vgl. Diederichs et al. 2011, S. 5f.):

Eine 1,7-mal höhere Wahrscheinlichkeit bei Frauen als bei Männern. Bei beiden Geschlechtern stieg die Wahrscheinlichkeit von späterer Pflegebedürftigkeit um etwa 4% mit jedem Lebensjahr. Schlaganfallpatienten mit zerebraler Ischämie waren doppelt so häufig betroffen als jene mit TIA.

Patienten mit Begleiterkrankungen, medizinischen Komplikationen während der Behandlung oder funktionellen Beeinträchtigungen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem

Krankenhaus hatten eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für nachfolgende Pflegebedürftigkeit (die mit jeder weiteren Erkrankung um 33% stieg). Ein besonders hohes Risiko bestand für Patienten mit mittelschwerer oder schwerer Behinderung bei Entlassung (Einstufung gemäß Rankin-Skala). Höheres Alter, weibliches Geschlecht, ein früherer Schlaganfall und eine schlechte körperliche Funktion zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sind Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit eines Folgeantrags auf Pflege erhöhen.

Direkte Kosten der Schlaganfallpatienten mit Spastik, verglichen mit Schlaganfall Überlebenden ohne Spastik

Die Prävalenz der Spastik nach akutem Schlaganfall beträgt ca. 20%. Das Ziel einer gesundheitsökonomischen Studie des Uppsala University Hospitals aus dem Jahre 2010 war ein Vergleich der geschätzten direkten Kosten für Schlaganfallpatienten mit und ohne Spastik. Das Ergebnis dieser Studie: Die direkten Kosten für 12-Monats-Schlaganfall Überlebende mit Spastik waren 4-mal höher als die Kosten für Patienten mit Schlaganfall ohne Spastik während des ersten Jahres nach Ereignis (vgl. Lundström et al. 2010, S. 1).

Tab. 29: Ein- und Ausschlusskriterien der Studie zum Langzeitverlauf von Schlaganfallpatienten mit Erstereignis, Uppsala University Hospital 2003/2004

Einschlusskriterien der Studie	Ausschlusskriterien der Studie
Wohnsitz im Einzugsgebiet.	Eine andere neurologische Krankheit, die Muskelspannungen beeinflussen könnte.
Alter > 18 Jahre.	Eine transitorisch ischämische Attacke.
Ein erster Schlaganfall (Hirnfarkt oder Hirnblutung) mit dem Überleben von mindestens einem Jahr.	Eine Subarachnoidalblutung.
Die Fähigkeit, informierte Zustimmung zu geben.	

Quelle: Lundström et al. 2010, S. 2.

Für die Studie wurden 140 Patienten mit akutem Erst-Schlaganfall über die Dauer eines Jahres erfasst (vgl. Lundström et al. 2010, S. 2). Alle Patienten wurden zwischen Januar 2003 und April 2004 im Universitätskrankenhaus Uppsala behandelt.

Tab. 30: Die Kosten für alle Patienten (N = 140) bei verschiedenen Schweregraden von Pflege, Uppsala University Hospital 2003/2004

Care Kategorie	Kosten pro Patient
In-Krankenhauskosten	
Intensivpflege	3.866 pro Tag
Intermediate-Care	1.296-2.017 pro Tag
Stroke Unit	771 bis 836 pro Tag
Station	549 bis 743 pro Tag
Rehabilitation	531 pro Tag
Ambulanz (Arzt)	139-959 pro Besuch
Ambulante, andere	67-196 pro Besuch
Out-of-Krankenhauskosten	
Pflegeheim, Community-basierte, Mittelwert (SD ³¹)	4.274 (12.821) für 1 Jahr
Häusliche Pflege, mittlere (SD)	2.071 (5.888) für 1 Jahr
Behindertengerechter Umbau der Wohnung, mittlere (SD)	442 (2.249) 1 Jahr
Transport, mittlere (SD)	24 (94) 1 Jahr
Alarmvorrichtung, mittlere (SD)	18 (40) 1 Jahr
Lebensmittel-Lieferservice, mittlere (SD)	76 (368) für 1 Jahr
Weitere Kosten für die Gemeinde, mittlere (SD)	103 (1.199) 1 Jahr
Medikamente, mittlere (SD)	249 (496)
Besuche beim Hausarzt	137 pro Besuch
Physiotherapeuten/Ergotherapeuten/Logopäden/ Diätassistenten	40 pro Besuch

Quelle: Uppsala UniversityHospital 2003/2004, in: Lundström et. al. 2010, S. 3.

Die Krankenhauskosten sowie die Out-of-Krankenhauskosten für verschiedene Gemeinden in Uppsala County wurden vom Patientenverwaltungssystem des Uppsala University Hospitals erfasst. Die Kosten werden in PPP \$ (Wert 2003) aufgeführt und beinhalten die Kosten für die Verwaltung. 1 PPP \$ entspricht der Kaufkraft von \$ 1 in den Vereinigten Staaten.

Der Großteil an Kosten (78%) wurde durch Krankenhausaufenthalte, 20 % der Kosten durch Gemeindedienstleistungen, nur 1 % durch primäre ambulante Gesundheitsversorgung (medizinische Grundversorgung) und 1 % durch Medikamente verursacht. 38% der Patienten hatten ein oder zwei Besuche bei ihrem Hausarzt, 27% ein oder zwei Besuche der Gemeindegemeinschaft im ersten Jahr nach dem Schlaganfall. Nur 4%

³¹ Schwer erkrankte Patienten.

der Patienten besuchten (nach Entlassung aus dem Krankenhaus) einen Physiotherapeuten, 2% einen Ergotherapeuten, 1 % einen Ernährungsberater. Es wurden keine Besuche beim Logopäden aufgezeichnet (vgl. Lundström et al. 2010, S. 4).

Tab. 31: Direkte Kosten der Schlaganfallpatienten, Uppsala University Hospital 2003/2004

	Alle Patienten (n = 140), Mittelwert (Median, IQR)	Keine Spastizität (n = 115), Mittelwert (Median, IQR)	Spastizität (n = 25)	P -Wert (Patienten mit versus ohne Spastik)
Alle direkten Kosten	32.976 (15.575, 33.087)	21.842 (12.385,17.484)	84.195 (72.816, 53.707)	<0,001
Krankenhaus	25.741 (13.632, 25.269)	17.882 (9.421, 14.489)	61.894 (45.737)	<0,001
Die Grundversorgung	361 (289, 440)	390 (337, 410)	227 (137, 381)	0,025
Medikation	249 (71, 222)	257 (67, 222)	214 (93, 327)	0.79
Gemeinde	7.010 (0, 4.348)	3.312 (0, 392)	24.018 (20.011, 38.043)	<0,001
Haushaltshilfe	2.071 (0, 0)	1.149 (0, 0)	6.311 (119, 10.141)	
Heimerziehung	4.274 (0, 0)	1.725 (0, 0)	16.000 (10.291, 30.969)	
Anpassung von Wohnraum	442 (0, 9)	335 (0,0)	935 (700, 986)	
Tagespflege	103 (0, 0)	0 (0, 0)	579 (0, 0)	
Transport	24 (0, 0)	14 (0, 0)	67 (0,0)	
Alarm	18 (0, 6)	15 (0, 0)	34 (18, 44)	
Lebensmittel-Lieferservice	76 (0, 0)	73 (0, 0)	93 (0, 0)	

Quelle: Uppsala UniversityHospital 2003/2004, in: Lundström et al. 2010, S. 4.

Die Kosten sind in PPP \$, im Jahr 2003, Wert /je Patient und für das erste Jahr aufgeführt. 1 PPP \$ entspricht der Kaufkraft von \$ 1 in den Vereinigten Staaten. IQR zeigt den Interquartilbereich.

Die Studie berichtet von einem 4-fachen Anstieg der direkten Kosten für Patienten mit Schlaganfall mit Spastik im Vergleich zu Patienten mit Schlaganfall ohne Spastik. In der Patientengruppe mit Spastik wurde eine deutliche Steigerung sowohl der Kosten für die Krankenhausversorgung als auch für Gemeindedienste ermittelt. Die Kosten für Medikamente und medizinische Grundversorgung waren im Verhältnis zu anderen Kosten

niedrig und unterschieden sich nicht zwischen Patienten mit Spastik und Patienten ohne Spastik. Alle Patienten erhielten den gleichen Standard an medizinischer Versorgung und wurden auf einer Stroke Unit und mit früher stationärer Rehabilitation behandelt (vgl. Lundström et al. 2010, S. 5f.).

Die Spastik erzeugt eine hohe Belastung für den Patienten und die pflegenden Angehörigen. Der hohe Grad an Invalidität äußert sich durch Probleme bei der Hygiene, dem Essen und Ankleiden, der Körperhaltung, sowie durch Schmerzen und Stürze, die durch die Gangstörung verursacht wurden (vgl. Zorowitz et al. 2013, S. 1). Die in der Studie erfassten Daten könnten zukünftig eine Grundlage für weitere Untersuchungen der Kostenwirksamkeit von Interventionen einschließlich der Behandlung mit Botulinumtoxin bieten.

Zur Verdeutlichung der globalen Problematik erfolgt im Anhang 8 die Gegenüberstellung der Kosten für Schlaganfallpatienten mit und ohne Spastik, ausgewertet am Beispiel verschiedener Länder weltweit im Vergleich (vgl. Lundström et al. 2010, S. 2).

Würden die zusätzlich anfallenden Kosten für die Krankenkasse zur Finanzierung der ambulanten Sekundärprävention in Höhe von 816,16 € alleine auf die Auswirkung von Prävention zur Verhinderung von Spastik bezogen werden, könnte für jeden von Spastik bedrohten Patienten bereits im ersten Jahr nach Schlaganfall bis zu 57.209 € eingespart werden (77.249 € - 20.040 €, vgl. Anhang 8: Deutschland). Selbst wenn „nur“ bis zu 40% der Schlaganfallpatienten nachfolgend von Spastik bedroht sind, würde es sich volkswirtschaftlich lohnen, sämtlichen Schlaganfallpatienten eine Sekundärprävention anzubieten. Der für den Patienten zusätzlich entstehende Nutzen durch ein höheres Maß an Lebensqualität (QUALYs) wurde noch nicht in diese Berechnung mit einbezogen.

Wenn sämtliche Schlaganfallpatienten Leistungen zur Prävention erhalten würden, jedoch nur bis zu 40% von einer ausgeprägten und andauernden Spastik bedroht sind, würde sich für einen Vergleich der Aufwand zur Sekundärprävention in Höhe von 816,16 € auf **2.152,90 €** für jeden Patienten erhöhen (816,16 € x 2,5).

Da 40% der Patienten bereits innerhalb eines Jahres höhere Kosten in Höhe von 57.209 € (je Patient mit Spastik) erzeugen, müsste durch die Sekundärprävention eine Verbesserung der Spastik um **9,41%** bewirkt werden.

Gegenrechnung für diese Annahme:

40% der Patienten mit Spastik erzeugen Kosten in Höhe von 57.209 €. Bezogen auf 100% der Patienten (mit und ohne Spastik) würden durch die Patienten mit Spastik und nun bezogen auf alle Schlaganfallpatienten höhere Kosten in Höhe von 22.883,60 €/je Patient anfallen.

Bezogen auf die Spastik, müsste durch die Maßnahme zur Prävention eine Verbesserung der Spastik für die betroffenen Patienten um 9,4% bewirkt werden (2.152,90/ 22.883,60 €), damit sich rein finanziell gesehen der Aufwand der Prävention „lohnt“.

Diese Annahme wird als realistisch eingestuft, da bis heute nach Abschluss der stationären Behandlung und stationären Rehabilitation keine weiteren spezifischen oder koordinierenden Maßnahmen zur Sekundärprävention erfolgen, zudem noch weitere sieben Aspekte von Prävention im Rahmen der ambulanten Leistungen erbracht werden. Ein Großteil der Kosten könnte bereits vermieden werden, indem sich nachfolgende stationäre Aufenthalte vermeiden bzw. reduzieren lassen.

Epidemiologische Daten zum Krankheitsbild Schlaganfall können eine wichtige Grundlage zur Planung des zukünftigen Versorgungsbedarfs in der Bevölkerung bilden. Sie können zur Identifikation möglicher Optimierungspotenziale in der derzeitigen Versorgung genutzt werden (vgl. Heuschmann et al. 2010, S. 1). In Deutschland ereignen sich derzeit jährlich ca. 196.000 erstmalige Schlaganfälle und 66.000 wiederholte Schlaganfälle (Stand 2008, vgl. Heuschmann et al. 2010, S. 333). Somit tritt als Komplikation des Schlaganfalls jährlich bei ca. jedem dritten Schlaganfallpatienten ein weiterer Schlaganfall auf.

Schlaganfall-Überlebende sowie Patienten mit transitorisch ischämischer Attacke sind in Gefahr, einen wiederkehrenden Schlaganfall zu erleiden. Dieser verläuft oft schwerer und hat schwerere deaktivierende Folgen. Komplikationen nach Schlaganfall tragen wesentlich zur Sterblichkeit und Morbidität bei. Eine wirksame Behandlung nach dem ersten Schlaganfall wird bisher nicht in die klinische Praxis umgesetzt (vgl. Hankey 2014, S. 1) und nur bei wenigen Therapieansätzen der Rehabilitation ist der Nutzen tatsächlich nachgewiesen worden (vgl. CSB 2014, Forschung S. 1). Wiederkehrende Schlaganfälle betreffen ca. 25–30% aller ersten Schlaganfälle und sind Ausdruck einer erfolglosen Sekundärprävention. Die sofortige und nachhaltige Umsetzung von effektiven und angemessenen Sekundärpräventionsstrategien bei Patienten mit erstmaligem Schlaganfall

oder mit einer TIA hat das Potenzial die Belastung für einen weiteren Schlaganfall bis zu einem Viertel zu reduzieren (vgl. Hankey 2014, S. 1).

In Kapitel 4.6.1 wurden die stationären Erlöse für die Patienten mit Schlaganfall kalkuliert. Für 1.616 im Jahre 2014 in der Klinik stationär behandelte Schlaganfälle wurde ein DRG-Erlös in Höhe von **11.302.565,39 €** ermittelt.

Bezogen auf den einzelnen Schlaganfallpatienten würden somit durchschnittliche Kosten/Erlöse in Höhe von **6.994,16 €** bewirkt werden. Die Kosten beziehen sich auf die anfallende Vergütungsleistung aus Sicht der Krankenkasse.

Wird davon ausgegangen, dass jährlich ca. 30% der Patienten mit erstem Schlaganfall ein Schlaganfallrezidiv erleiden, würden somit bezogen auf die 1.616 Erst-Schlaganfälle, für 484,8 Patienten zusätzliche Kosten durch Rezidive in Höhe von **3.390.768,77 €** erzeugt werden.

Bezogen auf jeden einzelnen der 1.616 Schlaganfallpatienten würden somit zusätzliche jährliche Kosten durch Rezidive in Höhe von anteilig **2.098,25 €** anfallen.

Könnte dieses Belastungs-Potenzial durch eine sofortige und nachhaltige Umsetzung von effektiven und angemessenen Sekundärpräventionsstrategien bei Patienten mit erstmaligem Schlaganfall oder TIA um ein Viertel reduziert werden, könnten somit bezogen auf 1.616 Erst-Schlaganfallpatienten jährliche Kosten in Höhe von **847.692,19 €** eingespart werden.

Bezogen auf jeden einzelnen Patienten könnten somit alleine für die stationäre Behandlung durch Rezidive jährliche Kosten in Höhe von **524,56 €** eingespart werden.

Hierbei wurde noch nicht berücksichtigt, dass es sich diesmal um einen besonders schweren Schlaganfall handeln könnte. Schlaganfall-Rezidive verlaufen oft schwerer und haben schwerere deaktivierende Folgen (vgl. Hankey 2014, S. 1). Die nachfolgend anfallenden zusätzlichen Kosten beispielsweise für Rehabilitation, Pflege und Beratungen wurden noch nicht berücksichtigt.

In Kapitel 3.2, Tabelle 3 wurden für die nachfolgenden Jahren (Jahr 2-5) nach initialem Schlaganfall für jedes weitere Jahr Kosten für stationäre Aufenthalte (mit Reha) in durchschnittlicher Höhe von 863 €, für ambulante Aufenthalte 2.683 €, für die Rehabilitation 778 € sowie für die Pflege in Höhe von 1.175 € ermittelt. Diese würden bei nun erzeugter anhaltender Pflegebedürftigkeit noch weitaus höher ausfallen (vgl. Tabelle

30). Ein früherer Schlaganfall und eine schlechte körperliche Funktion zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sind Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit eines Folgeantrags auf Pflege erhöhen. Gerade die häuslichen Pflegekosten (2.071 – 5.888 \$ bezogen auf 1 Jahr) sowie die Versorgung im Pflegeheim (4.274 – 12.821 \$ bezogen auf 1 Jahr) erzeugen hohe Kosten nach dem Schlaganfall. Das Beispiel der Spastik verdeutlicht, dass Schlaganfallpatienten mit Spastik bis zu viermal höhere Kosten bewirken als solche ohne nachfolgende Spastik.

Im Vergleich müssten für die kalkulierten ambulanten Leistungen zur Sekundärprävention für jeden Patienten jährliche Kosten in Höhe von **816,16 €** aufgebracht werden.

Um zu ermitteln, welches Ergebnis durch die Prävention in enger Verbindung zum stationären Aufenthalt und der Forschung erzielt werden konnte und ob diese Versorgungsform eine Verbesserung zur Regelversorgung darstellen kann, haben Ergebnisindikatoren eine hohe Aussagekraft. Zum Nachweis einer Qualitätsverbesserung können Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eine sinnvolle Unterstützung anbieten.

5. Faktoren zur Weiterentwicklung und Implementierung von Selektivverträgen und P4P-Modellen

5.1 Die Umsetzung einer Krankenhausreform

Zur Umsetzung einer Krankenhausreform hat die zu diesem Zwecke gegründete Bund-Länder-Arbeitsgruppe für verschiedene Eckpunkte wesentliche Änderungen ausgearbeitet. Bund und Länder wollen eine dritte Säule in der Finanzierung des stationären Sektors einführen. Zusätzliche Vorhaltemittel sollen für wichtige Infrastrukturen, zum Beispiel für spezialisierte Zentren bereitgestellt werden. Die Investitionskosten sollen weiterhin über die Länderhaushalte, die Betriebskosten über die DRGs gezahlt werden (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform).

Im Kern der Reform stehen die Gestaltung der Klinikfinanzierung, eine Strukturanpassung des Krankenhausnetzes sowie mehr Qualitätstransparenz. Ausgelöst durch den Kampf um Marktanteile besteht heute ein als „ruinös“ angesehener Wettbewerb unter den Häusern. Als systemimmanenter Lösungsversuch wurden mehr und auch unnötige Fälle produziert,

hingegen wurde weniger Pflegepersonal beschäftigt. Ein Pflegeförderungsprogramm des Bundes und der Länder will nun Geld für mehr Pflegekräfte in den Krankenhäusern zur Verfügung stellen. Die Menge insbesondere bei unnötigen Leistungen soll reduziert und die Qualität erhöht werden. Mit Hilfe eines Restrukturierungsfonds sollen Überkapazitäten im stationären Sektor abgebaut und Krankenhäuser in akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen umgewandelt werden.

Ein neues Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, die Stiftung IQTIG, soll voraussichtlich ab 2016 dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine wissenschaftlich und methodisch fundierte Entscheidungsgrundlage für Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern. Es lehnt sich eng an das bereits bestehende IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) an. Vorhandene Qualitätsdefizite sollen rechtzeitig erkannt, darüber die Behandlung gezielt verbessert und Transparenz über die Qualität der Versorgung hergestellt werden. Um dem Patienten bei der Wahl des Krankenhauses eine Entscheidungsgrundlage an die Hand geben zu können, sollen Qualitätsvergleiche zu Krankenhausleistungen veröffentlicht werden. Patientenvertreter bemängeln jedoch, dass sie im Vorstand und im Stiftungsrat des IQTIG nicht vertreten sein werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014 und Deutsches Ärzteblatt 2014, Neues Qualitätsinstitut).

Die große Krankenhausreform will eine qualitätsorientierte Vergütung in die stationäre Versorgung einführen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Bund und Länder legen Eckpunkte zur Krankenhausreform vor). Zukünftig soll gute Qualität besser, schlechte Qualität hingegen schlechter bezahlt werden. Die relevanten Qualitätsdaten sollen quartalsweise erhoben werden.

Folgend werden die wesentlichen Eckpunkte der Krankenhausreform (gekürzt) vorgestellt:³²

1.) Bis zum 31.12.2016 soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen Katalog von Leistungen erstellen, für deren Erbringung **Zuschläge oder Abschläge** vorgesehen sind. Höhe und nähere Ausgestaltung sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren.

³² Quelle: vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Bund und Länder legen Eckpunkte zur Krankenhausreform vor und Deutsches Ärzteblatt 2014, Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform.

Um beanstandete Mängel zu beseitigen, sollen Krankenhäuser ein Jahr Zeit erhalten, bevor sie Abschlüsse hinnehmen müssen.

2.) Bis zum 31.12.2016 soll der G-BA **Qualitätsindikatoren** zur **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** erstellen. Die Bundesländer können diese für ihre Krankenhausplanung nutzen, zudem eigene Indikatoren verwenden. Krankenhäuser, die ihre Leistungen nicht oder nicht ausreichend qualitätsgesichert erbringen, können aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

3.) Bis zum 31.12.2016 will der G-BA vier planbare Leistungen festlegen, die Krankenkassen sollen in Form eines Selektivvertrags mit einzelnen Krankenhäusern **Qualitätsverträge** abschließen dürfen. Erprobt werden soll eine qualitätsorientierte Vergütung und inwieweit sich durch die Vereinbarung von Qualitätsanreizen eine höherwertige Qualität der Versorgung erreichen lässt.

4.) Bund- und Länder wollen ein **Pflegestellenförderprogramm** in Höhe von 660 Mill. € einrichten, um darüber zusätzliche Pflegekräfte einstellen zu können. Die Krankenhäuser müssen nachweisen, dass dieses Geld für die Pflege ausgegeben wurde. Die sachgerechte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs für demenzkranke, pflegebedürftige und behinderte Menschen im DRG-System soll eine Expertenkommission bis spätestens 2017 überprüfen.

5.) Bund- und Länder sollen ab dem Jahr 2017 **Maßnahmen zur Mengensteuerung** treffen. Zukünftiges Ziel muss es sein, die Menge insbesondere bei unnötigen Leistungen zu reduzieren sowie die Qualität zu erhöhen. Mehrleistungsabschlüsse sollen sich nicht mehr absenkend auf den Landesbasisfallwert auswirken und bei den Budgetverhandlungen nur noch für das einzelne Krankenhaus berücksichtigt werden.

6.) Um den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht-akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen zu fördern, wollen Bund- und Länder einen **Strukturfonds** gründen. Unter der Bedingung, dass die Länder noch einmal denselben Betrag aufwenden, sollen aus dem Gesundheitsfond einmalig 500 Millionen € zur Verfügung gestellt werden. Das Bundesversicherungsamt soll die Anträge der Länder prüfen und die Gelder zuweisen.

Die Entscheidung über die Mittelvergabe soll im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen. Nicht verausgabte Mittel können von den anderen Ländern abgerufen werden.

7.) Für die Vorhaltung von Kapazitäten sollen **Sicherstellungszuschläge** gezahlt werden, wenn diese zur Versorgung der Bevölkerung notwendig, jedoch aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind. Der Zuschlag wird einem dem entsprechenden Krankenhaus gewährt, wenn insgesamt Defizite erwirtschaftet werden. Die Vertragsparteien vor Ort verhandeln die Höhe des Zuschlags.

8.) Ab 2016 soll die **Konvergenz der Landesbasisfallwerte** an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert fortgesetzt werden. Das Preissystem müsste Anreize für eine bedarfsgerechte Versorgung liefern. Häuser mit einer stabilen Leistungsmenge sollten den Landesbasisfallwert in voller Höhe erhalten, die elektive Ausweitung der Leistungsmenge finanziell unattraktiv gemacht werden. Für die Bundesebene soll ein Korridor bestimmt werden, die einzelnen Landesbasisfallwerte sollen an diesen Wert herangeführt werden.

9.) Ab 2018 soll der vom Statistischen Bundesamt zu errechnende **Orientierungswert** zur Abbildung der tatsächlichen Ausgabenentwicklung im stationären Sektor voll und nicht mehr nur anteilig zur Anwendung kommen.

10.) Um die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA zu prüfen, soll der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)** künftig die Krankenhäuser unangemeldet kontrollieren können.

11.) Mindestmengen sollen rechtssicher sowohl vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als auch von den Bundesländern festgelegt werden können. Krankenhäuser, die Leistungen erbringen, obwohl sie die vom G-BA vorgeschriebene **Mindestmenge** unterschreiten, sollen künftig für diese Leistungen nicht mehr bezahlt werden dürfen. Länder müssen eine **Rechtssicherheit** erhalten, um Krankenhäuser aus der Versorgung nehmen zu können, wenn sie eine nachweisbar schlechte Qualität erbringen.

12.) Krankenhäuser, die an der **stationären Notfallversorgung** teilnehmen, sollen künftig Zuschläge erhalten, die nach dem Ausmaß der vorgehaltenen Strukturen gestuft sind. Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, sollen Abschläge

hinnehmen. Die Länder sollen künftig bestimmen können, welche Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen sollen.

13.) Die Bundesländer sollen **Zentren** bestimmen und über Sicherstellungszuschläge entscheiden. Zentren, die sich auf bestimmte Fachbereiche spezialisiert haben und sich aufgrund medizinischer Kompetenz und Ausstattung von anderen Krankenhäusern abheben, sollen künftig Zuschläge erhalten. Die Höhe dieser Zuschläge sollen die Vertragsparteien vor Ort vereinbaren. Aufgabe des neuen Qualitätsinstituts soll es sein, den Ländern Daten für ihre Auswertungen zur Verfügung zu stellen.

14.) **Universitätskliniken** sollen künftig mehr Geld erhalten. Dies soll insbesondere durch eine bessere Finanzierung der Notfallversorgung, durch Zuschläge für Zentren und durch Zuschläge für besondere Qualität erfolgen. Die Hochschulambulanzen sollen ausgewertet werden.

15.) In die **Qualitätsberichte der Krankenhäuser** sollen besonders patientenrelevante Informationen, in übersichtlicher Form, künftig zusätzlich in einen speziellen Berichtsteil aufgenommen werden (z.B. Maßzahlen über die Personalausstattung, die Erfüllung von Hygienestandards, die Anwendung gängiger Verfahren zur Arzneimittelsicherheit).

16.) Der G-BA soll den Einsatz von **OP-Checklisten** verbindlich regeln.

17.) Bei planbaren Eingriffen, die der G-BA als „mengenanfällig“ eingestuft hat, sollen gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf eine **Zweitmeinung** erhalten.

18.) **Klinische Sektionen**, die „aus Qualitätsgründen“ vorgenommen werden, sollen künftig über einen Qualitätszuschlag finanziert werden. Die Vertragspartner auf Bundesebene sollen Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung festlegen.

19.) Noch in dieser Legislaturperiode wollen Bund und Länder ein **Transplantations-**sowie ein **Implantatsregister** einführen. Mit dem Transplantationsregister soll eine Zusammenführung und damit eine Auswertung der Daten von der Organentnahme bis zur Nachbetreuung ermöglicht werden.

20.) Die **Kalkulation der Fallpauschalen** durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) soll künftig anhand von repräsentiv ausgewählten Krankenhäusern erfolgen. Das InEK soll diesbezüglich ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage erarbeiten. Die Selbstversorgungspartner werden ermächtigt, geeignete Krankenhäuser mit verbindlicher Wirkung auszuwählen.

21.) Den **Ländern wird ein Mitbestimmungsrecht im G-BA** eingeräumt, wenn Beschlüsse und Richtlinien zur Qualitätssicherung für die Landeskrankenhausplanung von Bedeutung sind. Die Länder erhalten die Möglichkeit, auf Antrag einrichtungsbezogene oder versichertenbeziehbare Daten der externen stationären Qualitätssicherung zu erhalten.

22.) Bis zum 30. Juni 2016 sollen die Selbstverwaltungspartner ein Konzept entwickeln, mit dem die **Bewertung der Sachkosten in den Fallpauschalen** sachgerecht korrigiert werden soll. Grund ist, dass Bund und Länder derzeit mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten vermuten.

23.) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen dazu verpflichtet werden, im Bereich des **vertragsärztlichen Notdienstes** mit den Krankenhäusern zu kooperieren. Eine stärkere Kooperation soll auch im Bereich der Leitstellen erfolgen.

Die Kosten der Krankenhausreform

werden für das Jahr 2015 in Höhe von voraussichtlich 900 Mill. €, für das Jahr 2016 in Höhe von 1,3 Mrd. € und für das Jahr 2017 in Höhe von 1,6 Mrd. € angegeben. Diesen Ausgaben stehen, durch Struktureffekte ausgelöst, erhebliche Minderausgaben in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe gegenüber.

Im Vorfeld kritisiert wurde, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Bereitstellung der benötigten Investitionsmittel für die Krankenhäuser nicht in ausreichendem Maße nachkämen. Aufgabe der Länder wäre es, die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge durchzuführen und die Investitionsmittel für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Bund und Länder legen Eckpunkte zur Krankenhausreform vor).

5.2 Stellungnahmen der betroffenen Stakeholder zum Ergebnis der Krankenhausreform

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

zeigt sich mit vielen Plänen von Bund und Ländern nicht einverstanden (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform, S. 2):

- Um Qualitätsansprüche umzusetzen, müssten zuerst Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.
- Das Personal muss ausfinanziert werden können.
- Wenn eine Krankenhausvergütung an Ergebnisqualität gekoppelt wird, würde jedes Krankenhaus versuchen, risikobehaftete Patienten nicht zu behandeln.
- Eine qualitätsorientierte Vergütung wird als nicht realistisch eingestuft.

Dem von den Ländern gelenkten und konstruktiven Abbau von Überkapazitäten steht die DKG grundsätzlich offen gegenüber. Die Krankenhäuser dürften aber nicht „ausgehungert“ werden und nur derjenige überleben können, der rein zufällig durchkommt (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Baum, Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform).

Angesichts von bereits zwei Dritteln in ihrer Existenz gefährdeten niedersächsischen Krankenhäusern, fordert die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG) nachdrücklich die Anhebung des niedersächsischen Landesbasisfallwertes auf den Bundesdurchschnitt. Ebenso die Finanzierung der tatsächlich erbrachten Leistungen, die Refinanzierung von Personal- und Sachkosten, sowie eine auskömmliche Investitionsfinanzierung.

Selbst wenn die von der Politik geforderten Maßnahmen wie eine Änderung der Gesellschaftsform, eine Fusionierung, Spezialisierung, Outsourcing, Personalabbau, sowie die Einführung von Leiharbeitskräften und der Austritt aus den Tarifverträgen umgesetzt wurden, gänge es den Krankenhäusern heute zumeist nicht gut. Negative Folgen der strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser ließen sich kaum noch leugnen, ebenso wenig, dass sich die Mittelknappheit bereits negativ auf die Patientenversorgung auswirke. Patienten müssten nützliche Leistungen vorenthalten oder durch eine günstigere und weniger effektive Maßnahme ersetzt werden. Der wirtschaftliche Druck würde als sehr stark wahrgenommen werden, träfe jeden Patienten direkt und habe eine enorme

Arbeitsverdichtung, die Zunahme von Krankenhausinfektionen und Dekubitalulcera, sowie der Burn-Out-Syndrome bei den Mitarbeitern zur Folge (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Krankenhäuser: Die Mittelknappheit schadet den Patienten).

Ein dezenter Überschuss der Häuser wäre zumeist einzig dem Engagement von Ärzten und Pflegekräften zu verdanken. Zunehmend würden die Proteste größer, das Personal ist ausgelaugt und „will nicht mehr“ (vgl. ebd. Holm, Betriebsratsvorsitzender Elbekliniken Stade-Buxtehude). Die zumeist intrinsisch motivierten Mitarbeiter haben vielfach Schwierigkeiten, sich mit der erlebten Realität zu identifizieren und benötigen neue Ziele. Die Krankheitsraten der Mitarbeiter „schießen“ in die Höhe, Mitarbeiter flüchten sich in einen „Dienst nach Vorschrift“. Der Pflegerat kritisiert ein zu gering angesetztes, zusätzlich geplantes Budget für die Pflege, das den Personalabbau der letzten Jahre bei Weitem nicht ausgleichen kann (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Spahn: Wir haben nicht den großen Wurf geschafft).

Gerade kleine Krankenhäuser wären besonders schwer betroffen und hätten langfristig nur eine Zukunft, wenn sie einem Verbund beitreten würden. Bei planbaren Leistungen entscheiden sich Menschen immer öfter für spezialisierte Krankenhäuser. Da Krankenhäuser neben Schulen als die wichtigsten öffentlichen Einrichtungen gesehen werden, sollte eine Krankenhausplanung demokratisch legitimiert, von Politikern vorgenommen werden (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Laumann: Zwei Drittel der niedersächsischen Krankenhäuser sind in ihrer Existenz gefährdet).

Die Hochschulambulanzen befürchten, dass ihre Absprachen mit der Bund-Länder-AG zur Reform der Hochschulambulanz bereits zur Makulatur geworden seien. Bisher waren Hochschulambulanzen gesetzlich auf die Zwecke von Forschung und Lehre begrenzt, in der Praxis spielten sie eine immer wichtigere Rolle zur Sicherung der Patientenversorgung und mussten viel mehr Patienten, als für die Forschung und Lehre benötigt, in der Regel unentgeltlich behandeln. In den Eckpunkten kündigen Bund und Länder an, der heutigen Realität Rechnung tragen zu wollen, die Hochschulambulanzen besser abzubilden und angemessene Fallzahlen zu vergüten. Diese sollen künftig, über das für die Forschung und Lehre erforderliche Maß hinaus auch jene Patienten behandeln dürfen, die aufgrund von Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einer speziellen Untersuchung und Behandlung bedürfen. Im Gegenzug neu hinzugefügt wurde jedoch, dass nun die Krankenkassen auf Bundesebene vorgeben wollen, wie viele Patienten zukünftig zur

Betreibung von Forschung und Lehre behandelt werden dürfen (vgl. Deutsche Hochschulmedizin e.V. 2014, gesundheit adhoc).

Die Krankenkassen

fordern eine weitreichende Krankenhausreform und einen Modernisierungsschub für das bundesweite Kliniknetz. Dazu wird eine aktive und gestaltende Krankenhausplanung als notwendig angesehen, die sich konsequent am Bedarf des Patienten sowie an Qualitätskriterien orientieren müsste (AOK-Bundesverband am 08.09.2014). Die Krankenhausreform sollte die Klinikfinanzierung neu gestalten, bei der Anpassung der Krankenhausstruktur dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgen, die Spezialisierung von Kliniken fördern, sowie den Qualitätsbegriff neu fassen und mehr Qualitätstransparenz umsetzen. Das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung müsste angegangen werden (vgl. Haufe 2014, Krankenkassen fordern eine weitreichende Krankenhausreform).

Der GKV-Spitzenverband fordert den zügigen Beginn mit einer qualitätsorientierten Vergütung. Eine Definition von strukturellen Mindestvoraussetzungen für die Krankenhäuser wird als nicht ausreichend angesehen. Auch die Ergebnisqualität sollte berücksichtigt werden, damit sich gute Qualität durchsetzen kann. Obgleich die Messung der Qualität einer medizinischen Leistung als schwierig angesehen wird und zwingend eine Risikoadjustierung erfordere, dürfe dieses nicht dazu führen, dass eine Umsetzung nicht angegangen wird. Gefordert wird ein Katalog von klar umgrenzten medizinischen Eingriffen mit dem Ziel, das System einer qualitätsorientierten Vergütung schrittweise einzuführen und Erfahrungen sammeln zu können. Es dürfe nicht gewartet werden, bis das neue Qualitätsinstitut Indikatoren zur Qualitätsmessung erarbeitet habe. Es könnte vielfach bereits heute auf entwickelte Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung zurückgegriffen werden.

Um Krankenhäuser für Patienten vergleichbar zu machen, sollten für festgelegte Indikationen mehrere Parameter zu einem „Score“ zusammengeführt werden. Am Beispiel der Erst-Implantation von Hüft-Endoprothesen könnten die Bereiche Indikationsstellung, Beweglichkeit, Reoperation und Letalität umfasst werden. Zusätzlich zur Ergebnisqualität müssten Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität definiert werden. Deren Nichteinhaltung müsste dazu führen können, dass die betroffenen Krankenhäuser ihre Leistungen nicht mehr abrechnen dürfen. Umgesetzt werden sollte eine Umverteilung

der Mittel „von den schlechteren zu den besseren“ (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, GKV-Spitzenverband: Zügig mit qualitätsorientierter Vergütung beginnen).

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat die Bundesländer nachdrücklich aufgefordert, ihrer Verpflichtung im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung nachzukommen. Es bestünde inzwischen ein Investitionsstau in Höhe von 30 bis 50 Mrd. €. Als Folge müssten Krankenhäuser aus den laufenden Einnahmen für die Patientenversorgung Gelder für notwendige Investitionen abzwacken, sowie ihre Behandlungszahlen steigern. Dies könne nicht als im Sinne des Patienten angesehen werden (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Krankenhausfinanzierung: TK sieht die Bundesregierung in der Pflicht).

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sieht den geplanten Strukturfonds als positives Zeichen, dass die Politik den grundlegenden Reformbedarf zum Um- und Abbau der Überkapazitäten erkannt habe, zudem die Pflege stärker in den Fokus gerückt sei. „Es dürfe nicht länger sein, dass einerseits Pflegekräfte und Ärzte überlastet würden und andererseits die Zahl nicht notwendiger Operationen nach oben getrieben wird, um unnötige Klinikkapazitäten zu finanzieren“ (Deutsches Ärzteblatt 2014, Bund und Länder legen Eckpunkte zur Krankenhausreform vor, S. 2).

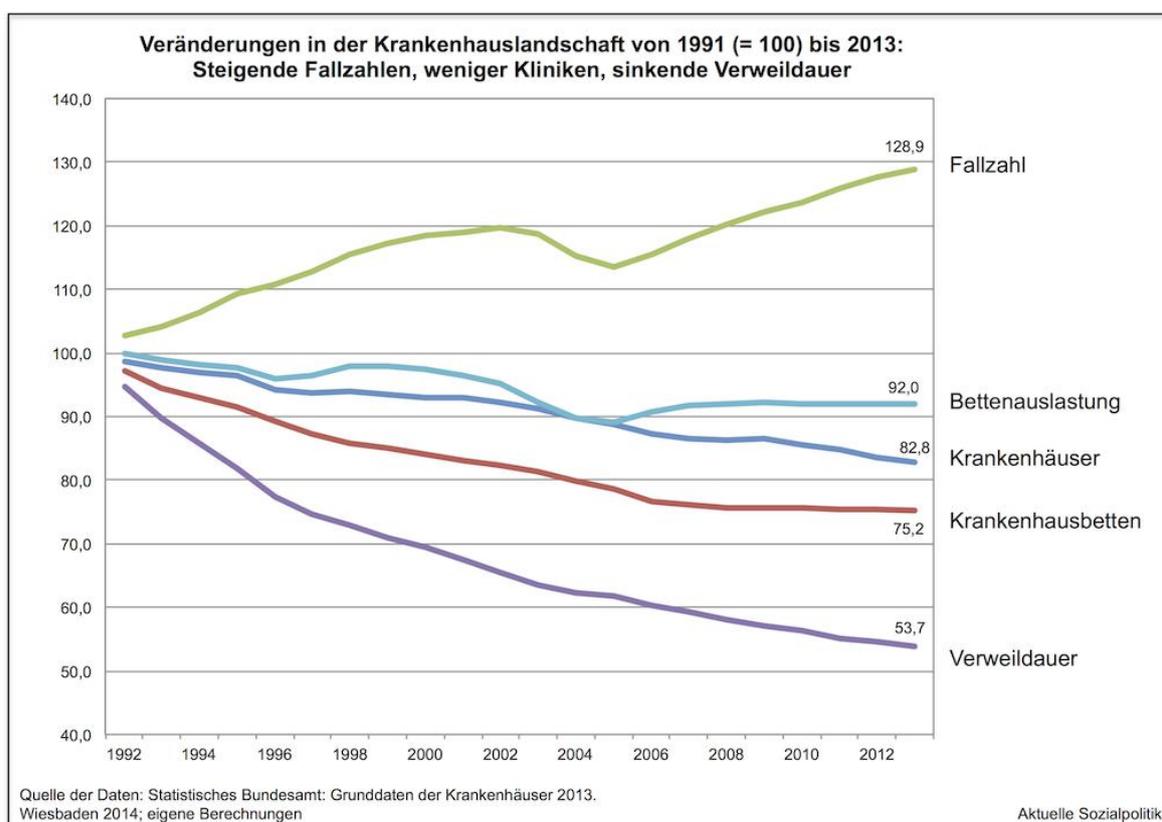
Kritisiert werden mehrere Punkte der Krankenhausreform, die insgesamt als zu zögerlich und als nicht weitreichend genug angesehen wird. Die Versicherten müssten am Ende für Versäumnisse aufkommen, Zusatzbeiträge könnten steigen. Der geplante Strukturfonds zum Umbau von Kliniken wird als zu knapp bemessen angesehen. Zudem müsste sehr darauf geachtet werden, dass die richtigen Krankenhäuser vom Netz gehen. Entscheidende Frage wäre, ob dem Patienten Krankenhäuser zuzumuten seien, die ums wirtschaftliche Überleben kämpfen und an allen Ecken sparen müssen (vgl. Süddeutsche.de 2014, Kassen kritisieren die Krankenhausreform, S. 1f.).

Die Politik

wünscht sich weniger Operationen, weniger Krankenhäuser und mehr Qualität. Die Eckpunkte zur Krankenhausreform werden nicht als „großer Wurf“ angesehen. Positiv bewertet wird jedoch, dass das ins System gepumpte Geld nun zielgerichtet für strukturelle Verbesserungen eingesetzt werden soll (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Spahn: Wir haben nicht den großen Wurf geschafft). Mit den Mitteln des Investitionsfonds sollen Schließungen und Umwidmungen von Krankenhäusern vorangetrieben werden, durch die

Umsetzung solcher Umstrukturierungen würde es in Zukunft noch mehr Geld geben. Gedanklich müsse man sich jedoch bereits auf eine nächste Reform einstellen. Die mit der demografischen Entwicklung einhergehenden Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung würden durch die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht zu lösen sein. Die heutige Krankenhausreform werde jedoch als ein Schritt in die richtige Richtung angesehen. Besonders hervorgehoben wird, dass nun mehr Geld für die Pflege, deren Situation als katastrophal angesehen wird, zur Verfügung gestellt und künftige Pflegebedarfe genauer ermittelt werden sollen.

Abb. 8: Veränderung der Krankenhauslandschaft von 1991 bis 2013



Quelle: Aktuelle Sozialpolitik 2014. Seil, S.: Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015, S. 1. Quelle der Daten: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2013. Wiesbaden 2014.

Nicht angegangen wurde die zentrale Frage, wie zukünftig eine sektorenübergreifende Planung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung aussehen sollte. Diese würde andere Strukturen benötigen, die sich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren müssen. Finanzierungssysteme müssten an neue Konzepte angeglichen werden. Anstelle der ökonomisch verengten Sichtweise einzelner Träger von Einrichtungen, müsste die

ärztliche Beteiligung an den Gremien unterstützt und stärker bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden (vgl. ebd.: Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein 2014).

Kritisiert werden die nicht hinreichend geklärte, für Kliniken jedoch existenzbedrohende, unzureichende Investitionsfinanzierung, das zu gering angesetzte zusätzliche Budget für die Pflege und dass die Tarifsteigerungen über Vergütungssysteme refinanzierbar gemacht werden müssten und nicht weiter über Stellenabbau und weitere Arbeitsverdichtungen. Dieses wurde jedoch nicht angegangen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Spahn: Wir haben nicht den großen Wurf geschafft).

Pro und Contra zu Pay for Performance

Bereits heute möchten sich zahlreiche Krankenhäuser einer qualitätsorientierten Preisdifferenzierung stellen und möchten Pilotprojekte mit den Krankenkassen auf den Weg bringen. Darüber könnten Qualitätsindikatoren getestet und unter Beweis gestellt werden. Öffnungsklauseln für entsprechende Entgeltverhandlungen werden befürwortet, das Thema Qualität soll mehr Auftrieb erhalten. Gegenüber dem Patienten könnte ein klares Zeichen des Bekenntnisses zur Transparenz und Verbesserungsbereitschaft gesetzt werden (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Rüter: Klares Bekenntnis zur Transparenz und Verbesserungsbereitschaft).

Von Kritikern wird "Pay for Performance" als weitere Variante der Industrialisierung der Patientenversorgung befürchtet. Ein angemessenes Pauschalhonorar für eine hochwertige Behandlung, die systematische und problemlos abgelegte Rechenschaft über die geleistete Arbeit und die humane Betreuung werden hingegen als richtig angesehen. Die Bewertung der Angemessenheit einer Leistung sollte als Grundlage für die Bezahlung dienen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Jonitz: Die meisten finanziellen Anreize erschweren eine integrale Versorgung).

5.3 Stellenwert/Abbildbarkeit von Forschung in Selektivverträgen und P4P-Modellen

Forschung ermöglicht Prävention. Prävention zielt auf Vermeidung von Krankheiten durch Ausschaltung von als gesundheitsschädigend geltenden Faktoren (Risikofaktoren). Durch gemeinsame Forschung können neue Synergien freigesetzt werden. Ein besseres Verständnis der Krankheitsmechanismen und die Übertragung der

grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnis in klinisches Handeln sind Voraussetzung für die Entwicklung von wirksamen Therapien (vgl. NeuroCure Charité 2011, S. 1). Prävention und Gesundheitsförderung gelten als die geeignetsten Instrumente, dem Kostenanstieg im Gesundheitswesen durch Vermeidung des Sozialversicherungsfalles, dem Bedarf an Behandlung, Rehabilitation und Pflege entgegenzuwirken (vgl. Kirch, Badura 2006, VII, Vorwort).

Auf dem Weltgesundheitsgipfel 2011 waren sich Experten aus Politik, Wissenschaft, Industrie und Zivilgesellschaft einig, dass eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit benötigt wird, um Herausforderungen wie die weltweite Zunahme chronischer Krankheiten und die Gesundheitsfolgen des Klimawandels bewältigen zu können (vgl. Charité 2011, World Health Summit – Wir brauchen ein Bündnis für Gesundheit). Gefordert wird eine intensivere Zusammenarbeit in Form eines Bündnisses für Gesundheit. Um Menschen zu befähigen, die richtigen Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, wird Forschung als Basis sowie als Voraussetzung für eine rationale Politik angesehen (vgl. Pang 2011, zitiert in: Charité, World Health Summit 2011).

Die Einführung von Innovationen benötigt ein strukturiertes Vorgehen sowie eine hausinterne Bewertung, ob innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bereits sachgerecht mit den bestehenden Fallpauschalen und Zusatzentgelten abgebildet werden. Innovationen können über Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) zusätzlich finanziert werden. Aufgabe des InEK ist, zu überprüfen ob mit dem neuen Verfahren Mehrkosten im Vergleich zum konventionellen Verfahren innerhalb der Fallpauschale entstehen, in die der Patient typischerweise eingruppiert wird, und ob diese Mehrkosten die festgelegte Standardabweichung der DRG-Fallpauschale überschreiten. Bei der Überprüfung, ob Einsparmöglichkeiten aufgrund des Einsatzes der neuen Behandlungsmethode entstehen oder gegebenenfalls eine zusätzliche Finanzierung für einzelne Leistungserbringer erfolgen müsste, könnte über den Behandlungsfall hinaus, eine ökonomische Betrachtung auf Einsparungen im gesamten Gesundheitssystem angestellt werden (vgl. Roeder 2013, S. 26ff).

Durch Prozessinnovationen verändert sich der Prozess der Faktorkombination des Unternehmens. Prozessinnovationen haben das Ziel, die zur Verbesserung der Leistung eingesetzten Mittel optimal zu nutzen, um eine höhere Qualität bei gleichbleibenden Kosten oder auch eine höchstmögliche Qualität bei geringeren Kosten umzusetzen. Die

Einführung einer neuen Behandlungstechnik im Krankenhaus bringt häufig eine Veränderung der früheren Abläufe mit sich. Je effizienter der Patient versorgt werden kann, desto höher ist der Deckungsbeitrag zur Finanzierung der Gemeinkosten. Ein effektives Instrument zur Umsetzung von Prozessinnovationen sind Verträge der Integrierten Versorgung (vgl. Greiner, Dörries, Leppert 2013, S. 37f.).

An dem im Jahre 2013 eröffneten Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIG) – Berlin Institut of Health (BIH) bündeln das zur Helmholtz-Gemeinschaft gehörende Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch und die Charité ihre Forschung. In Deutschland wird erstmals ein ganzheitlicher, systemmedizinischer Forschungsansatz mit dem Ziel verfolgt, die Übertragung (Translation) von Forschungsergebnissen in der Klinik zu stärken (vgl. Pressemitteilung Charité vom 18.06.2013, S. 1f.). Die Gründung des BIG wird als wichtiger Schritt in der deutschen Gesundheitsforschung und als Baustein für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems gesehen. Translation und fächerübergreifende Systemmedizin bedingen sich gegenseitig und bedeuten die Entwicklung von neuen Diagnoseverfahren, Therapien und vorbeugenden Maßnahmen durch das Erforschen der grundlegenden molekularen Ursachen von Krankheiten.

5.4 Wertungshintergrund, Qualitätsdimension und strategische Ziele von Selektivverträgen und P4P

Als Wertungshintergrund für P4P-Projekte bietet das Konzept des Commonwealth Fund 2006 („High Performance Health Care System“) verschiedene Dimensionen wie Qualität der Versorgung, Zugang zur Versorgung, Versorgungsgerechtigkeit, Effizienz und Innovation an (vgl. Davis 2005, in BQS-Institut 2012, Teil A, S. A18). Erfolg und Eignung eines P4P-Modells begründen sich nicht nur aus der Tatsache, dass es die von ihm selbst angestrebten Ziele erreicht, sondern darüber hinaus die erreichten Veränderungen für das Gesundheitssystem eine Verbesserung darstellen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A18). Der Schwerpunkt von P4P findet sich im angelsächsischen Raum (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A31). In Deutschland werden P4P-Elemente im selektivvertraglichen Bereich

und unter Zuhilfenahme von etablierten Indikatorensets³³ zur Abbildung von Prozess- und Strukturqualität angewandt (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A9). Die gestalterische Freiheit innerhalb des vorhandenen Budgets bewirkt Motivation, selbst Konzepte zu entwerfen und darüber die gesteckten Ziele gemeinsam zu erreichen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A36).

Die überwiegende Zahl von Projekten findet im hausärztlichen Setting statt, zum Nachweis der Evidenz wurden mehrere Studien ausgewertet (Cochrane-Reviews, in den Jahren 1999 bis 2011) (vgl. BQS-Institut 2012, Teil B, S. B4ff.). Aufgrund der subjektiven Krankheitslast, einer wachsenden Anzahl Betroffener, der Komplexität der Behandlung bei multiplen Erkrankungen sowie der durch diese Erkrankungen entstehenden hohen Kosten hat die Versorgung chronisch Kranker Eingang in alle großen P4P-Projekte gefunden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil B, S. B18). Im Krankenhausbereich existieren sehr viel weniger Projekte, wobei vor allem die großen Krankenhausprojekte in den USA bedeutsam wurden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A31). Erfasst wurden überwiegend Prozessindikatoren und nur wenige Ergebnisindikatoren. Die vorhandenen Ressourcen, die Baseline-Performance, die Grundhaltung der Institution auf der Management-Ebene sowie die Möglichkeit zu strategischen Ausweichmanövern (Gambling) können neben der Höhe des Anreizes ausschlaggebend für das Ansprechen von Krankenhäusern auf finanzielle Anreize sein (vgl. BQS-Institut 2012, Teil B, S. B29f.).

Aufgabe der Leistungserbringer ist die Organisation einer optimalen Versorgung. Bei der Ausgestaltung eines bedarfsgerechten Mit- und Nebeneinander unterschiedlicher Versorgungsformen gilt für alle Leistungserbringer die Forderung nach einer hohen Qualität für den Patienten. Zur Umsetzung dieser Forderung müssen zwingend mehrere Kriterien berücksichtigt werden.

Tab. 32: Auswahl von relevanten Anforderungen an P4P-Systeme

Leistungsorientierung	Messbare Zielerreichung des jeweiligen Leistungsergebnisses, Erreichbarkeit der Zielsetzung, Flexibilität und Beeinflussbarkeit.
Transparenz	Die Elemente des Anreizsystems müssen vergleichbar, nachvollziehbar und durchschaubar sein (Informationsasymmetrie verringern, Principal-Agent-Prinzip).

³³ Quinth-Qualitätsindikatorenthesaurus 2013, Qualitätsdatenbank des GKV-Spitzenverbandes.

	Der Anreiz muss vom Mitarbeiter erkannt, akzeptiert und als gerecht empfunden werden (Motivationseffekt).
Flexibilität	Langfristige Anpassungsfähigkeit an Veränderungen im Unternehmensumfeld, an Innovationen, Arbeitsbedingungen und Bedürfnissen von Patienten und Mitarbeitern.
Motivationswirkung	Motivation zur Verhaltensänderung. Für langfristige Anreizwirkungen müssen die Mitarbeiterbedürfnisse und -entwicklungen beachtet werden.
Gerechtigkeit	Betriebsinterne Gerechtigkeit: Eine gerechte Belohnung relativ zur Verantwortung der Aufgabe und zur Leistung. Externe Gerechtigkeit: Vergleicht Anreize und Belohnungen im Kontext zu anderen Unternehmen.
Akzeptanz	Ein als gerecht empfundenenes, transparentes und flexibles Anreizsystem unter enger Anbindung aller Beteiligten. Ausschlaggebende Faktoren für eine hohe Akzeptanz sind die steigende Transparenz und der wahrgenommene medizinische Nutzen (Relevanz).
Wirtschaftlichkeit/ Effizienz	Ist Grundvoraussetzung für die erfolgreiche langfristige Implementierung. Gestaltung und Höhe der Anreize unterliegen wirtschaftlichen Bedingungen, müssen im Verhältnis zum Zusatznutzen gesehen werden und können langfristig gesehen ein positives Betriebsergebnis zur Folge haben.
Steuerbarkeit/ Organisierbarkeit/ Kontrollierbarkeit	Anforderungen an die Operationalisierbarkeit. Erforderlich sind adäquate Managementsysteme und Umsetzungsaspekte. Zudem die Vergleichbarkeit der Messergebnisse, Planbarkeit und Aktualität der Vergütungsfunktion und die Kontrollierbarkeit der Qualitätsziele.
Anreizkompatibilität/ Anreizvalenz	Die Kompatibilität und Kongruenz der Ziele und Anreize (Steuerbarkeit/ gleichzeitig Motivation). Individuelle Anreize müssen gesamtbetrieblichen Zielen angepasst werden. Ziele dürfen sich nicht widersprechen, müssen gleichgerichtet und wirksam sein.
Rechtssicherheit der Messergebnisse	Die Möglichkeit der Nutzung von Messergebnissen im Rahmen von Rechtsverfahren sowie bei Auseinandersetzungen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer. Erfordern die Rechtssicherheit und Einhaltung gesetzlicher Vorschriften.

Quelle: In Anlehnung an Seeger 2013, S. 100ff.

Ein wissenschaftlich fundiertes, sektorenübergreifendes Qualitätsmanagementsystem sollte alle Perspektiven gleichermaßen einbeziehen, leicht umsetzbar und alltagstauglich sein und

alle Beteiligten motivieren (vgl. Mohn, Schwenk 2010, Vorwort). Qualitätsverbesserung muss kontinuierlich gefördert und gelebt werden, ein gutes Qualitätsmanagementsystem sollte zudem mit verlässlichen Qualitätsindikatoren arbeiten. Neben der Herstellung einer hohen Transparenz im Gesundheitswesen, sollte ein weiteres Ziel darin bestehen, allen den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen (vgl. Grote Westrick, Schwenk 2010, S. 9). Die Klarheit der Zielvorgabe ist wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung des P4P-Projektes.

Politische Entscheidungsträger benötigen Erkenntnisse darüber, ob unterschiedliche Organisationsformen eine unterschiedliche Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit hervorbringen. Patienten und Versicherte brauchen Qualitätsinformationen, um den für ihre Bedürfnisse passenden Leistungserbringer zu finden. Leistungserbringern und Kostenträgern können Qualitätsinformationen als Grundlage für ihre Verhandlung der selektiven Versorgungsverträge dienen. Zudem können Leistungserbringer durch konkrete Qualitätsdaten das eigene Handeln reflektieren, durch ein gezieltes Qualitätsmanagement verbessern sowie beurteilen, ob die unterschiedlichen Erwartungen der verschiedenen Stakeholder hinreichend erfüllt worden sind (vgl. Grote Westrick 2010/I, in: Grote Westrick, Schwenk 2010, S. 16). Qualitätsanforderungen müssen ermittelt, als konkrete Merkmale definiert und in Form von Qualitätsindikatoren operationalisiert werden. Anhand dieser Indikatoren kann das Erreichen konkreter Qualitätsziele gemessen werden. Qualitätsindikatoren als spezifische und messbare Elemente der Versorgung bzw. Elemente der einrichtungsinternen Organisation können zur Bewertung der Qualität verwendet werden, sie stellen jedoch kein absolutes Maß für die Beurteilung von Qualität dar (vgl. Broge 2010, in: Grote Westrick, Schwenk 2010, S. 35).

Gründe für die geringe langfristige Wirkung von P4P sind darin zu suchen, dass die Indikatoren bereits langfristig bekannt waren (Erreichung des Sättigungseffekts: Ceiling-Effekt) und das es durch eine mangelhafte Koppelung von Vergütung und Qualitätssystematik nicht zu einer Verbesserung der „poor performer“ gekommen war. Zur Verhinderung von sich aufhebenden Wechselwirkungen muss der gleichzeitige Einsatz von Public Reporting und P4P vermieden werden. Die Höhe der Vergütung muss die Opportunitäts- und Grenzkosten, die Risikoaversion der Entscheidungsträger und die Dominanz des zugrundeliegenden DRG-Systems berücksichtigen.

Die Einführung von P4P benötigt ein **Rahmenkonzept**. Dieses sollte auf verschiedenen Überlegungen und Annahmen beruhen (Schrappe 2014, S. 238 und S. 332):

- Der **Organisationstheorie** (Expertenorganisation, professional bureaucracy).
- **Systemtheorie** (Komplexität der Systeme).
- **Annahmen zur Verhaltensänderung** (Lerntheoretische Modelle, soziale Wahrnehmung, organisatorischer Wandel, das Lernen durch Kontext).
- **Ökonomische Grundannahmen** (Opportunitätskosten und Diskontierung, Principal-Agent-Theorie, Verhaltensökonomie).
- **Vergütungslogik** (Kombination mit anderen Vergütungssystemen).
- **Politikwissenschaftliche Konzepte** und Annahmen.

Die Zielsetzung, sich aktiv für mehr Qualität im Gesundheitswesen einsetzen zu wollen, muss unübersehbar in den Mittelpunkt aller Bemühungen gestellt werden (vgl. Schrappe 2015, S. 351). Die Politik ist gefordert die Richtung vorzugeben und unterstützende Rahmenbedingungen einzuführen. Direction pointing (Richtungsweisung als Element der Koordination) setzt einen aktiven und sichtbaren Einsatz der politischen Ebene voraus, betont Qualität als Richtschnur des gesundheitspolitischen Handelns und bezieht alle Ebenen des Gesundheitssystems mit ein. Es weist wichtige koordinative und unterstützende Eigenschaften auf, ohne die ein P4P-Programm nicht erfolgreich eingeführt und umgesetzt werden kann.

Nicht alle Prozessindikatoren können sinnvoll bei P4P eingesetzt werden. Es müssen diejenigen identifiziert werden, bei denen die Informationsasymmetrie nicht aufgehoben ist und die übergeordneten Ziele der strukturellen Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems dienen: Einer Verbesserung der Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten hohen Alters, dem Abbau der Mengenorientierung, Verbesserung der Koordination, Förderung der Prävention und Integration der Sektoren (vgl. Schrappe 2015, S. 352). Eine strukturelle Weiterentwicklung sollte ebenso die bessere und zielführende Ausstattung mit Personal zur Folge haben. P4P kann nicht die dominanten Anreize des Vergütungssystems ausgleichen, in die es „eingebettet“ wird. Unter der Voraussetzung, dass eine vorgeschaltete strategische Analyse erfolgte, ist es jedoch möglich durch einen differenzierten Einsatz von P4P Bereiche zu fördern, die vom DRG-System vernachlässigt werden (vgl. Schrappe 2015, S. 349).

5.5 Die Weiterentwicklung von Selektivverträgen und P4P aus Sicht der Krankenkasse und der Leistungserbringer

Durch eine zunehmende Ambulantisierung im Versorgungsalltag könnte das Zusammenwachsen der Sektoren prozessbedingt beschleunigt, die sektorale Trennung durch eine Harmonisierung des Vergütungssystems abgebaut werden (vgl. Beivers, Minartz 2010, S. 228ff.). Für Krankenhäuser muss es attraktiv sein, Patienten ambulant zu behandeln und darüber keine bestehenden Deckungsbeiträge zu verlieren (vgl. Neubauer, Beivers 2010, S. 8f.).

Ambulante Leistungen könnten in der Hochschulambulanz oder im MVZ erbracht werden. Diese würden somit als Bindeglied zwischen den Sektoren dienen (vgl. Beivers, Minartz 2010, S. 221). Größeres Rationalisierungspotential wird in den medizinischen Angebotsstrukturen im Gesamtsystem, in der Schaffung echter sektorenübergreifender Versorgungsangebote und in der Konzentration hochspezialisierter, interdisziplinärer Leistungen gesehen (vgl. Strehl, Heyder 2011, S. 500).

Die Weiterentwicklung aus Sicht der Krankenkasse

Ein IV-Vertrag sollte budgetrelevant umsetzbar sein und sich für alle Akteure lohnen. Wenn langfristig P4P-Aspekte in den Kollektivvertrag integriert werden sollen, ist hierfür eine Gesetzesänderung notwendig. Für die Weiterentwicklung ist wesentlich, sowohl die richtigen Anreize zu setzen, als auch die Balance der Interessen von Leistungserbringern und Krankenkassen zu wahren (vgl. Seeger 2013, S. 204).

Aus Sicht der Krankenkasse wäre für die Zukunft wünschenswert (vgl. Seeger 2013, S. 184):

- Eine steigende Flexibilität in der Gestaltung von Selektivverträgen.
- Eine bessere Datenverfügbarkeit und Datenzusammenführung.
- Die Vergleichbarkeit von Messergebnissen durch systematische standardisierte und automatisierte Messungen.
- Die Dokumentation der Messergebnisse in Berichten (unter Abbildung eines Zeitverlaufs und dem Vergleich über mehrere Leistungserbringer hinweg).

- Die Verbesserung des Erhebungsaufwandes und die Integration in automatische Prozesse.
- Die Erweiterung der einzelnen Zielkriterien auf ein aufeinander abgestimmtes Zielsystem.
- Mehr Durchlässigkeit bei Stichproben des MDK/der Kassenärztlichen Vereinigung.

Verbesserungspotential zur Erlangung eindeutiger Analyseergebnisse bestände in (vgl. Seeger 2013, S. 174):

- Klaren, reproduzierbaren Definitionen der Ausgangsfälle und der potenziell vergütungsrelevanten Folgekomplikationen (DRGs und OPS-Codes).
- Einem Vergleich der Ergebnisstatistik für die IV-Vertragsteilnehmer mit Versicherten der Regelversorgung.
- Einem möglichst standardisierten Nachverfolgungszeitraum, Vergleichswerte aus wissenschaftlichen Studien sollten verfügbar sein.

Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen wären (vgl. Seeger 2013, S. 187):

- Schwerpunktthemen, hohe Fallzahlen, medizinische Relevanz.
- Indikationen mit hohen Umsätzen oder höheren Kosten als im GKV-Durchschnitt (Morbi-RSA).
- Marketing-strategische Gründe.
- Konkurrenzsituationen (Versorgungsbereiche, die andere Kassen bereits anbieten).
- Der Wunsch, mit dem Leistungserbringer gemeinsam Projekte zu realisieren (vgl. Seeger 2013, S. 200).

Mangel an Effizienz und Effektivität von bestehenden IV-Verträgen durch (vgl. Seeger 2013, S. 202):

- Fehlendes Konsequenzenmanagement.
- Eher prozessuale als qualitative Verbesserungen als Effekte der IV-Verträge.
- Hohe Transaktionskosten für Vertragsentwicklung, Messung und Auswertung.

Die Weiterentwicklung aus Sicht des Leistungserbringers

Die bekannte sehr hohe Behandlungsqualität, eine klare Abgrenzung der für den Vertrag relevanten Fälle sowie einfache Strukturierbarkeit und Definierbarkeit der zugehörigen DRG sind für die Krankenkasse wesentliche Gründe auf einen bestimmten Leistungserbringer zuzukommen. Eine Auswahl der Leistungserbringer erfolgt häufig ebenso auf Grundlage der Strukturqualität (z.B. Anzahl von Oberärzten, Geräten und Ausstattungen). Ausschlaggebend für den Abschluss des IV-Vertrages sind jedoch die wirtschaftlichen Gründe, sowohl für die Krankenkasse als auch den Leistungsanbieter (vgl. Seeger 2013, S. 206ff.).

Grundlegende Voraussetzungen aus Sicht des Leistungserbringers (vgl. Seeger 2013, S. 204):

- Die bereits vorhandene Qualitätsorientierung sollte durch ein zugrundeliegendes Qualitätsmanagementsystem nachgewiesen werden.
- Wissenschaftlich entwickelte Qualitätsindikatoren sollten auf Routinedaten basieren, um einen möglichst geringen administrativen Aufwand zu erzeugen.
- Qualitätsindikatoren sollten regelmäßig evaluiert werden.
- Die Umsetzung und Steuerung der Indikatoren könnte im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems mit PDCA-Zyklus und Peer-Reviews umgesetzt werden.

Für Krankenhäuser ist der Abschluss von IV-Verträgen wirtschaftlich interessant, wenn (vgl. Seeger 2013, S. 206):

- Die Klinik zum Zeitpunkt der Vertragsentwicklung stets im Bereich der Mehrleistung ist.
- Damit die Möglichkeit zur extrabudgetären Vergütung ohne Mehrleistungsabschlag besteht.
- Im Falle der extrabudgetären Bezahlung mit Rabatt auf die Fallzahlvergütung alle Fälle mit vollem Relativgewicht und Basisfallwert bezahlt werden.
- Die Beziehung zur Krankenkasse durch das gemeinsame Projekt verbessert und gefestigt werden kann.

- Ein Vertragsabschluss sowohl für das Krankenhaus als auch für die Krankenkasse im Bereich des Marketings und der Steuerungsmöglichkeiten für die Patienten wettbewerblich attraktiv ist.

Eine Umsetzung von Bonus-/Malusregelungen erfordert Ergebnisindikatoren sowie die systematische und standardisierte Messung und Dokumentation der Qualitätsergebnisse. Wenn Qualitätsergebnisse für den IV-Vertrag ausgewiesen und eine Vergütungsfunktion zur Folge haben sollen, muss die Nachverfolgung der Zielerreichung ermöglicht werden (vgl. Seeger 2013, S. 207f.).

Tab. 33: Grundlagen für die Entwicklung und Ausgestaltung von IV-Verträgen

Qualitätssicherungs-klauseln	Verpflichten zur Nutzung eines internen Qualitätsmanagementsystems und der Teilnahme an externen QS-Verfahren.
Qualitätsindikatoren	Auf Basis von AQUA- bzw. BQS-Qualitätsindikatoren. Auf Routinedaten basierend, können verschiedene Qualitätsziele vereinbart werden.
Qualitätsziele/Zielwerte	Die Ergebnisse sollten grundsätzlich unterhalb des Mittelwertes, Medians und (soweit vorhanden) des Referenzwertes liegen. Am Bundesdurchschnitt orientierte Zielwerte können die Akzeptanz verbessern und ermöglichen eine hohe Reichweite und Erreichbarkeit.
Konsequenzmanagement/ Risikoadjustierung	Wenn Zielwerte nicht erreicht werden, sollten zuerst Gespräche erfolgen. Es kann ein Grund für eine außerordentliche Kündigung vorliegen. Gewährleistungsklauseln können vereinbart, eine Risikoadjustierung muss durchgeführt werden.
Indikationsbezogene Behandlungspfade	Können Struktur- und Prozesserfordernisse auch sektorenübergreifend definieren und darüber die Patientenversorgung optimieren.
Innovative Versorgungsformen	Innovative Versorgungsformen sollen ermöglicht werden.

Sektoreneinbindung	Qualitätsziele werden für alle in den Vertrag einbezogenen Sektoren vereinbart und eine Qualitätssicherung gefordert.
Wirtschaftliche Kennzahlen	Können eine kontinuierliche Evaluation, Kontrolle und kumulierte Auswertung von Fallzahlen, Bewertungsrelationen und Umsätzen des IV-Vertrags ermöglichen.
Qualitätsüberwachung/ Qualitätsberichte	Intern primär in den Kliniken, wird vom Medizincontrolling geleitet. Extern können Qualitätsberichte für ein Qualitätsranking genutzt werden. Zielvereinbarungen können Qualitätsaspekte beinhalten, beim Auftreten von Auffälligkeiten unterstützende Feed-back Gespräche erfolgen. Ein Risikomanagement sollte durchgeführt, die wirtschaftliche Bewertung von Qualitätsabweichungen anhand der Kostenträger-/Fallkostenrechnung ermöglicht werden.

Quelle: In Anlehnung Seeger 2013, S. 205ff..

Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist zuerst der Verwendungszweck für die jeweiligen Qualitätsindikatoren zu klären. Zudem ist zu prüfen, ob der entwickelte Indikatorensatz die Erwartungen und Interessen der wesentlichen Akteursgruppen berücksichtigt und die Indikatoren reliabel und valide sind. Das Erheben, Messen und Auswerten von Qualitätsindikatoren sollte in einem positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen, die Messergebnisse bei dem einrichtungsübergreifenden Vergleich risikoadjustiert werden (vgl. Grote Westrick 2010/I, in: Grote Westrick, Schwenk 2010, S. 16).

Erschwerend bei der Gestaltung von Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen wirkt die außerordentliche Komplexität, hervorgerufen durch starke Aufgabenspezialisierung und eine erhebliche Vielfalt von Organisationen und Strukturen. Dies bedingt, dass das Gesundheitssystem sowohl für die Versicherten als Nutzende, als auch für die Akteure selbst sowie die mit der Steuerung beauftragten Entscheidungsträger (der Politik), kaum bis ins erforderliche Detail zu übersehen ist (vgl. Peter, Eberhard 2012, S. 14).

Ursachen für Unwirtschaftlichkeit im öffentlichen Sektor lassen sich mit Hilfe eines mangelnden Verbundprinzips verdeutlichen (vgl. Peter, Eberhard 2012, S. 17). Nur wenn Nutzer, Zahler, Entscheider und Anbieter öffentlicher Güter und Dienstleistungen miteinander verbunden sind (soweit dies wirtschaftlich und politisch sinnvoll ist), können

knappe Ressourcen effizient verwendet und Nutzen gerecht verteilt werden. Beim Übertragen dieses Prinzips auf das Gesundheitswesen wird deutlich, dass Zahler (Krankenkassen, Beitragszahler), Nachfrager (Patienten, Versicherte), Entscheider (Politik, Selbstverwaltung) und Anbieter (Leistungserbringer) im Gesundheitswesen überwiegend auseinanderfallen.

5.6 Anforderungen an ein qualitätsorientiertes Anreizsystem im Hinblick auf Qualitätsaspekte und Anreizsystematik

Unterschiedliche **Qualitätsperspektiven** können die Sichtweise auf Qualität verdeutlichen und werden zur besseren Operationalisierbarkeit der Qualitätsdimension zugrunde gelegt (Schrappe 2015, S. 295 und S. 310):

- **Gesellschaftliche Perspektive** (Versorgung auf Populationsebene).
- Ebene des **Nutzens der Behandlungsmethode** (Allokation und Effizienz).
- **Patientenperspektive** (Selbstbestimmung, Sicherheit und Koordination).
- **Professionelle Perspektive** (Autonomie, Garantenstellung).
- **Institutionelle Perspektive** (Organisatorische Umsetzung).
- **Wissenschaftliche Perspektive** (Deskription und Hypothesenbildung).

P4P ist neben dem Public Reporting eines der wichtigsten Instrumente zur Qualitätsverbesserung, das auf Systemebene einsetzbar ist und sich ebenso auf die Qualität im Verhältnis zu den Kosten (Effizienz value) beziehen kann (vgl. Schrappe 2015, S. 189 und S. 193). P4P-Projekte können auf unterschiedlicher Basis entwickelt werden, auf Grundlage von bestehenden Selektivverträgen oder Disease Management Programmen. Ein bestimmtes Versorgungsproblem kann mit Hilfe von P4P-Elementen völlig neu angegangen werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A37). Das Value-Based Purchasing-Programm (VBP) entspricht einer konzeptionellen Weiterentwicklung des P4P-Konzeptes, die Effizienz der Versorgung (Verhältnis von Qualität und finanziellem Aufwand) ist Gegenstand des finanziellen Anreizes. Internationale Vorbilder für die Umsetzung von VBP-Programmen sind das Value-Based Purchasing-Programm von Medicare (CMS in den USA) sowie das Quality and Outcome Framework des NHS in Großbritannien (vgl. Schrappe 2015, S. 193).

Eine erste Evaluation bestehender Beispiele von P4P-Projekten in Deutschland (die IV-Verträge Kopfschmerz und Rückenschmerz mit der TK, sowie die IV-Verträge Schlaganfall und Endoprothetik mit der AOK Hessen) zeigen Verbesserungen vor allem im Bereich der Kostensenkung auf, die sowohl mit den P4P-Ansätzen als auch dem durchgeführten Public Reporting erklärt werden könnten (vgl. Seeger 2013, S. 160).

IV-Verträge mit zeitlich begrenzten Gewährleistungsaspekten (eine Qualitätsgarantie durch Nicht-Vergütung beim Auftreten des Gewährleistungsfalles) sind bereits länger und verbreiteter eingeführt und ermöglichen darüber eine detaillierte Analyse auch über den Projektbeginn hinaus. Gewährleistungsklauseln finden sich vor allem in Verträgen der Orthopädie (Revisionsoperationen nach Erstimplantation), Garantieeinschränkungen können abhängig vom Patientenverhalten oder der Erkrankung ausgehandelt werden. Die Gewährleistungsklauseln können dazu verpflichten, dass notwendige Revisionseingriffe in der teilnehmenden Klinik durchgeführt werden müssen. Dem Patienten sollte von der Klinik ein „Garantiezertifikat“ ausgehändigt werden. Da das Auftreten von Komplikationen nicht in jedem Fall als vollständig beeinflussbares Ereignis angesehen wird, wird die Rechtmäßigkeit von Gewährleistungsfällen auf Seiten des Leistungserbringers immer wieder angezweifelt (vgl. Silber 2006, S. 37 und Schramm 2006, S. 33).

Eine weitere Ausbreitung von qualitätsorientierter Vergütung, im Rahmen von Selektivverträgen oder P4P-Modellen, wurde bisher in der stationären Versorgung in Deutschland nicht umgesetzt. Es mangelt an der standardisierten Erfassung und Umsetzung eines Konsequenzenmanagements, der zuverlässigen Umsetzung eines Vergütungsmanagements sowie an einem standardisiertem Controlling (vgl. Seeger 2013, S. 244). Trotz größerer Probleme bei unterschiedlich weit ausgeprägten Qualitätsmessungs- und Evaluationsmethoden stehen die Krankenkassen einer möglichen Entwicklung von P4P sehr aufgeschlossen gegenüber. Es werden erste detaillierte Auswertungen zu möglichen Qualitätsverbesserungen, individuell für jeden IV-Vertrag durchgeführt. Jedoch auch bei den Krankenhäusern wächst das Interesse an Pilotprojekten, um darüber eine qualitätsorientierte Preisdifferenzierung testen zu können (vgl. Kap. 5.2). Im ambulanten Sektor sind P4P-Elemente bereits weiter entwickelt worden (vgl. Seeger 2013, S. 248).

Bei den Leistungserbringern zeigen sich größere Unterschiede in der Qualitätsorientierung, vor allem in der Relevanz von internen Qualitätsmanagementsystemen. Etablierte Managementsysteme weisen bereits heute einen stärkeren Qualitätsfokus auf. Mittel- bis langfristig erwarten die Leistungserbringer auch für Kollektivverträge die Einführung von qualitätsorientierten Vergütungsaspekten, im Wesentlichen nach amerikanischem Vorbild. Die größten Umsetzungsschwierigkeiten werden in der Etablierung einer akzeptierten, validen und aufwandsarmen Qualitätsmessung gesehen. Erwartet wird, dass vor allem IV-Verträge mit Bonus-System weiterverbreitet werden.

Ursachen für Qualitätsunterschiede in der medizinischen Versorgung sind (vgl. BCG The Boston Consulting Group 2013, S. 7):

- Fehlende Transparenz.
- Fehlende Spezialisierung.
- Fehlende Vergütungs- und Handlungsanreize.
- Fehlende Markteintrittsbarrieren.

Das gesamte Spektrum der Behandlungsergebnisse für ein Krankheitsbild kann in eine Hierarchie gebracht und darüber abgebildet werden. Jede Ebene erfasst mehrere Ergebnisdimensionen, mit einer oder mehreren spezifischen Messungen. Die Behandlungsergebnisse hängen bis zu einem gewissen Grade vom Ausgangszustand eines Patienten ab. Ergebnisse sollten kontinuierlich und für jeden Patienten gemessen werden.

Abb. 9: Hierarchie der Ergebnisindikatoren/-parameter

Ebene 1 Erreichter Gesundheitszustand	Überleben
	Grad der Gesundheit/der Genesung
Ebene 2 Genesungsprozess	Dauer der Genesung bis zur Wiederaufnahme normaler Aktivitäten (z.B. bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz)

	Komplikationen des Behandlungsprozesses (z.B. durch Behandlung verursachte Beschwerden, Komplikationen und Nebenwirkungen, Diagnostik- und Behandlungsfehler sowie ihre Konsequenzen in Bezug auf zusätzlich notwendige Behandlungen)
--	---

Ebene 3 Nachhaltigkeit des erreichten Gesundheitszustandes	Nachhaltigkeit der Gesundheit/der Genesung und Wiederauftreten der Krankheit
--	---

	Langfristige Konsequenzen der Therapie (z.B. durch Therapie verursachte Krankheiten)
--	--

Quelle: Porter 2009, in: Porter, Guth 2012, S.48.

Einzelne Versorger oder Gruppen von Versorgern stellen die Zielgruppen zur Erreichung des angestrebten Ziels einer hohen Qualität dar. Die Umsetzung des P4P-Projekts wird durch geeignete Interventionen wie P4P-Boni und Shared Savings ermöglicht. Begleitend erforderlich wird eine versorgungsspezifische Dokumentation, die insbesondere die höhere Qualität und Effizienz messen kann (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C59).

In bestimmten Versorgungsbereichen können sich durch einen erhöhten Ressourceneinsatz deutlich bessere Ergebnisse erzielen lassen. Verbesserte Behandlungsformen und -prozesse sowie neue, effektivere Kooperationsformen in der medizinischen Versorgung können unterstützt und mitfinanziert werden. Eine zusätzliche Vergütung sollte nur bei einer nachweisbaren hohen Qualität ausgezahlt werden, ein kontinuierlich begleitendes Monitoring Teil des Versorgungsmanagements sein (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C57).

Tab. 34: Kriterienkatalog über die Anforderungen an ein qualitätsorientiertes Anreizsystem im Hinblick auf Qualitätsaspekte und Anreizsystematik

Systemelement	Kriterienkategorie	Einzelkriterium
Gesamtsystem	Aussagekraft	1 Abdeckung des Gesamtsystems
Versorgungsbereich	Aussagekraft	2a Medizinische Bedeutung für das Versorgungssystem und das Fachgebiet 2b Ökonomische Bedeutung für das Versorgungssystem oder einen Fachbereich

Qualitätsindikator	Aussagekraft „Das Richtige messen“	3a Medizinische Bedeutung für das Behandlungsergebnis des Patienten 3b Relevanz des Indikators 3c Sektorbezug vs. sektorübergreifende Nutzung
	Akzeptanz	4a Medizinische Bedeutung in der Fachliteratur 4b Wahrgenommene medizinische Relevanz auf der Ebene der Fachgesellschaften 4c Wahrgenommen medizinische Relevanz/Nutzen bei den Endanwendern 4d Verständlichkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit 4e Wahrgenommene medizinische Bedeutung durch interessierte Öffentlichkeit
Messung	Wissenschaftlichkeit/ „Richtig messen“	5a Reliabilität 5b Validität 5c Risikoadjustierung und Risikoadjustierbarkeit
	Messaufwand und Messsicherheit	6a Objektiver Erhebungsaufwand und -komplexität 6b Manipulationssicherheit/Objektivität der Messung 6c Grad der Integration in automatische Prozesse/IT-Systeme
Ziele	Wirksamkeit/ Zielgerichtetheit	7a Zielkonsistenz 7b Zielkongruenz 7c Reichweite
	Operationalisierbarkeit	8a Erreichbarkeit 8b Transparenz 8c Akzeptanz
	Vergleichbarkeit	9a Gerechtigkeit
Vergütungs-Funktion	Wirksamkeit/ Zielgerichtetheit	10a Effizienz 10b Effektivität 10c Flexibilität
	Operationalisierbarkeit	11a Anteil der Vergütung 11b Planbarkeit
Messergebnis	Operationalisierbarkeit	12a Nutzung zur Steuerung 12b Aktualität 12c Kontrollierbarkeit 12d Praktische Umsetzung im Controlling 12e Verursachungsgerechte Zuordnung und Beeinflussbarkeit
	Vergleichbarkeit	13a Zeitverlauf 13b Querschnittsvergleich/Ranking 13c Justiziabilität

Quelle: Seeger 2013, S. 54.

5.7 Steuerungsmöglichkeiten in Selektivverträgen und P4P-Modellen unter Berücksichtigung von Zielen und Grenzen

Ziel einer erfolgreichen Steuerung in der Gesundheitsversorgung ist die richtige Balance zwischen Wettbewerb und Regulierung. Die positiven Wirkungen des Wettbewerbs können als Steuerungsinstrument genutzt, unerwünschte Wirkungen hingegen sollten

abgemildert werden (vgl. Schlette, Blum, Busse 13/2009, S. 38). Um zu beurteilen, ob ein Gesundheitswesen die Ziele, die die Politik ihm vorgibt, auch erreicht, können Schlüsselindikatoren wie die Bevölkerungsgesundheit, individuelle Gesundheitsfolgen, klinische Qualität, Patientenorientierung, Gerechtigkeit und Produktivität für die Leistungsmessung bestimmt und evaluiert werden. Integrierte Versorgung verfolgt das Ziel, durch Steuerung der Prozesse mehr Koordination ins Gesundheitswesen zu bringen und die bestehende Fragmentierung zu überwinden (vgl. Schlette, Blum, Busse 13/2009, S. 38ff.). **Steuerungsziele für P4P-Projekte** wurden bereits an früherer Stelle erwähnt und sollen folgend näher ausgeführt werden:

Das kontinuierliche **Versorgungsmonitoring** mit abgestufter Qualitätsmessung umfasst sämtliche Versorger mit dem Ziel der Identifikation von Versorgungssituationen, bei denen ein Versorgungsproblem vorliegt. Der zusätzliche Dokumentationsaufwand sollte auf ein Minimum reduziert werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C54ff.).

Die **Korrektur von Versorgungsmängeln** erfolgt durch Klärung der Ursachen deutlicher und wiederholter Abweichungen von den gesetzten Qualitätsanforderungen. Mit dem Ziel einer nachhaltigen Mängelbeseitigung können neben Edukation und Feed-back die zusätzliche Dokumentationsverpflichtung, Abschläge von der Vergütung, das Public Reporting sowie der Ausschluss bestimmter Versorger Möglichkeiten zur Intervention anbieten.

Instrumente zur **Versorgungsentwicklung** kommen zum Einsatz, wenn eine Mehrheit der Versorger einen festgelegten Qualitätsstandard noch nicht in der Routine erreicht. Mögliche Interventionen bestehen in der spezifischen Dokumentation, entsprechenden Fragestellungen zur Erinnerung, in der Edukation, dem Benchmarking mit Feed-back sowie dem Public Reporting. P4P-Anreize und Sanktionen erfolgen erst in einer späteren Phase.

Die **Förderung** einer **exzellenten Versorgungsqualität** kann in bestimmten Versorgungsbereichen einen erhöhten Ressourceneinsatz erfordern, um darüber deutlich bessere Ergebnisse erzielen zu können. Zur Umsetzung optimierter Behandlungsformen oder neuer, effektiverer Kooperationsformen kann (zeitlich begrenzt oder fortlaufend) eine

zusätzliche Vergütung vereinbart werden, die nur zu leisten ist, wenn tatsächlich eine verbesserte Ergebnisqualität nachgewiesen werden kann.

Eine **effizienz-orientierte Versorgungssteuerung** fördert die Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen durch Teilhabe der Versorgenden an den erzielten Einsparungen (Shared-Savings, Umverteilung). Gemessen werden kostenrelevante Ereignisse, die zudem als Qualitätsindikatoren dienen können (Vermeidung von stationärer Aufnahme und Wiederaufnahme, Remissionszeiten, Zeiten bis zur Reintegration in das Arbeitsleben). Durch Finanzierung des Mehraufwands kann der Wandel von Versorgungsstrukturen unterstützt werden.

Die Instrumente **P4P und Public Reporting** erfordern einen differenzierten Einsatz, da sie nicht als synergistisch anzusehen sind und deshalb die Kombination beider Instrumente als äußerst kritisch gesehen wird. P4P wird als besonders wirksam in Bereichen (Regionen, Krankheitsgruppen) angesehen, in denen die Wettbewerbsdichte gering ist oder ausgewählte Fachgebiete einen differenzierten Einsatz von Instrumenten zur Koordination bedürfen und indirekt wettbewerbswirksame Instrumente (wie das Public Reporting) nicht ausreichen. Public Reporting ist in hochkompetitiven Regionen das wirksamere Instrument. P4P könnte nach Krankheits- bzw. Fallgruppen differenziert eingesetzt werden, beispielsweise bei weniger kompetitiv ausgerichteten Fachgebieten wie der Behandlung von chronisch Kranken. Die Indikatoren müssen aktuell sein und regelmäßig gewechselt werden. Beide Systeme haben eine unterschiedliche Wirkung und sind abhängig von der Wettbewerbsdichte. Wenn ein Public Reporting der P4P-Einführung vorgelagert ist, hebt es die Informationsasymmetrie auf (vgl. Schrappe 2015, S. 345f.). P4P hätte dann in Bezug auf diesen Indikator keine weiterführend verbessernde Wirkung zur Folge.

Probleme bei P4P bestehen in der Gefahr, dass nicht angereizte Gebiete vernachlässigt werden, sowie in einem Rückgang der Qualität nach Beendigung des Programmes (vgl. Schrappe 2015, S. 343). P4P kann nie alleiniger Vergütungsansatz sein und benötigt die Integration in das zugrundeliegende Vergütungssystem, es kommt zu Wechselwirkungen mit dem dominierenden Vergütungssystem. Es ist nicht möglich mit P4P ein eng sektoral begrenztes, mit hochoffizieller Volumenexpansion einhergehendes Vergütungssystem wie

das klassische DRG-System zu beherrschen. P4P könnte jedoch den Fokus leicht verschieben, weg von den operativen Akuterkrankungen und Behandlungsmethoden, hin zu einer kontinuierlichen Therapie der chronischen, multiplen Erkrankungen und zur Prävention (vgl. Schrappe 2015, S. 341).

Krankenhausplanung, heute noch relativ starr auf Betten zentriert und wenig regionalisiert, weist zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede auf. Eine Weiterentwicklung hin zu einer regionalisierten Krankenhausplanung könnte auf Grundlage bestimmter Versorgungsregionen erfolgen und sich dabei an administrativen oder geografischen Grenzen orientieren. Diese könnten stärker auf den spezifischen Versorgungsbedarf eingehen und dabei auf die DRG-Gruppierung zurückgreifen. Es könnte eine Brücke zwischen Planung und Entgeltsystem gebildet, das gesamte Leistungsgeschehen fachlich gebündelt und folgend zur Grundlage der Versorgungsplanung gemacht werden. Wegweisend könnte eine bereits im Kanton Zürich vorgenommene Umstellung auf Fachgebiete und Leistungsbündel werden, die Krankenhausplanung sich tiefergehend am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausrichten. Zudem könnte die Versorgungsqualität eine stärkere Rolle bei der Zuordnung der Versorgungsaufträge auf die einzelnen Krankenhäuser spielen. Im Verbund mit den Krankenkassen werden bereits heute im Kanton Zürich aus der Krankenhausplanung abgeleitete Versorgungsaufträge den Krankenhäusern quasi per Ausschreibung zugeordnet. Diese können sich aufgrund ihrer entsprechenden Kapazität und Qualitätskriterien um in der Region ausgeschriebene Versorgungsaufträge bewerben (vgl. Neubauer, Gmeiner 2015, S. 178ff.).

Die besondere Rolle der Universitätsklinika in der deutschen Versorgungslandschaft ist, dass sie besondere Versorgungsbedarfe decken, die andernorts nicht oder nicht in gleicher Weise bedient werden können. In vielen Bereichen fungieren sie als überregionale Zentren, mindestens 20% der Patienten haben einen vergleichsweise überregionalen Bezug, bei den seltenen Erkrankungen könnte dieser Anteil weitaus höher liegen. Hochschulmedizin hat eine besondere Bedeutung für die Sicherstellung der Notfallversorgung, der Versorgung von Schwerstkranken, zudem für komplexe medizinische Herausforderungen, die eher kleine Patientenpopulationen betreffen. Behandlungsangebote bilden sich forschungsnahe in einem wissenschaftlichen Kontext heraus (vgl. Heyder 2015, S. 112f.).

Wesentliches Ziel von Strukturreformen im Krankenhaussektor könnte die Konzentration von komplexer medizinischer Versorgung in Zentren sein. Folgend müssten die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen dieser Versorgungsrealität gerecht werden (vgl. ebd. S. 113). Ein im Krankenhausfinanzierungsgesetz verankerter Zentrumszuschlag sollte eine konkrete Definition des Zentrumsbegriffs (nicht nur an Universitätskliniken) voraussetzen und auf bestimmte Strukturen, Aufgaben und Prozesse von Zentren zugeschnitten sein. Um eine Konzentration der Versorgung weiter forcieren zu können, muss die Zentrumsfunktion gezielt gefördert und mit regulatorischen Instrumenten sichtbar gemacht werden. Um einer Inflation von vermeintlichen Zentren entgegenzuwirken, könnten folgende Kriterien als Anknüpfungspunkte dienen (Heyder 2015, S. 113):

- Existenz einer abteilungsübergreifenden, interdisziplinären Organisationsstruktur.
- Erkrankungsübergreifender Fokus.
- Vernetzung mit anderen Leistungserbringern.
- Überörtliche Aufgaben und Präsenz.
- Enge Anbindung an die medizinische Forschung.

Immer öfter können komplexe medizinische Fragestellungen zu Teilen auch ambulant bearbeitet werden. Ein fortschrittliches Zentrumskonzept sollte die ambulante Versorgung mit einschließen (vgl. Heyder 2015, S. 113). In der Regel werden jedoch weiterhin die Ressourcen des Krankenhauses und eine enge Verknüpfung mit der stationären Versorgung benötigt.

Politisches Ziel ist es, den ambulanten Teil der Versorgung vergleichbar dem Schnitt der OECD-Länder auszubauen (vgl. Garre et al. 2015, S. 224). Eine ambulante sektorenunabhängige Bedarfsplanung könnte zukünftig insbesondere für die Notfallversorgung, das ambulante Operieren und die Spezialfachärztliche Versorgung erfolgen, die sektorenunabhängige Versorgung in die Bedarfsplanung mit einbezogen werden. Angesichts der demografischen Entwicklung könnte im ländlichen Raum eine Umwidmung und Neuausrichtung stationärer Versorgungsstandorte im Sinne ambulanter und/oder stationärer Zentren erfolgen, in Ballungsräumen hingegen könnten ambulante und stationäre Zentren spezialisierte, teils indikationsspezifische Angebote mit dem Ziel der teamorientierten Leistungserbringung abbilden. Da die sektorale Bedarfsplanung dem grundlegenden Ziel einer gleichmäßigen, flächendeckenden medizinischen Versorgung

nicht im ausreichenden Maße gerecht wird, könnte dies auf die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Betrachtung hinweisen (vgl. Garre et al., S. 233).

Als zugrundeliegender Zeithorizont für ein P4P-Projekt könnte der Zeitraum eines Jahres festgelegt werden. Das Projektkonzept muss klar darlegen, mit welchen Interventionen versucht werden soll, die Projektziele zu erreichen und ob die gewählten Interventionsinstrumente im Kontext des Projekts geeignet sind.

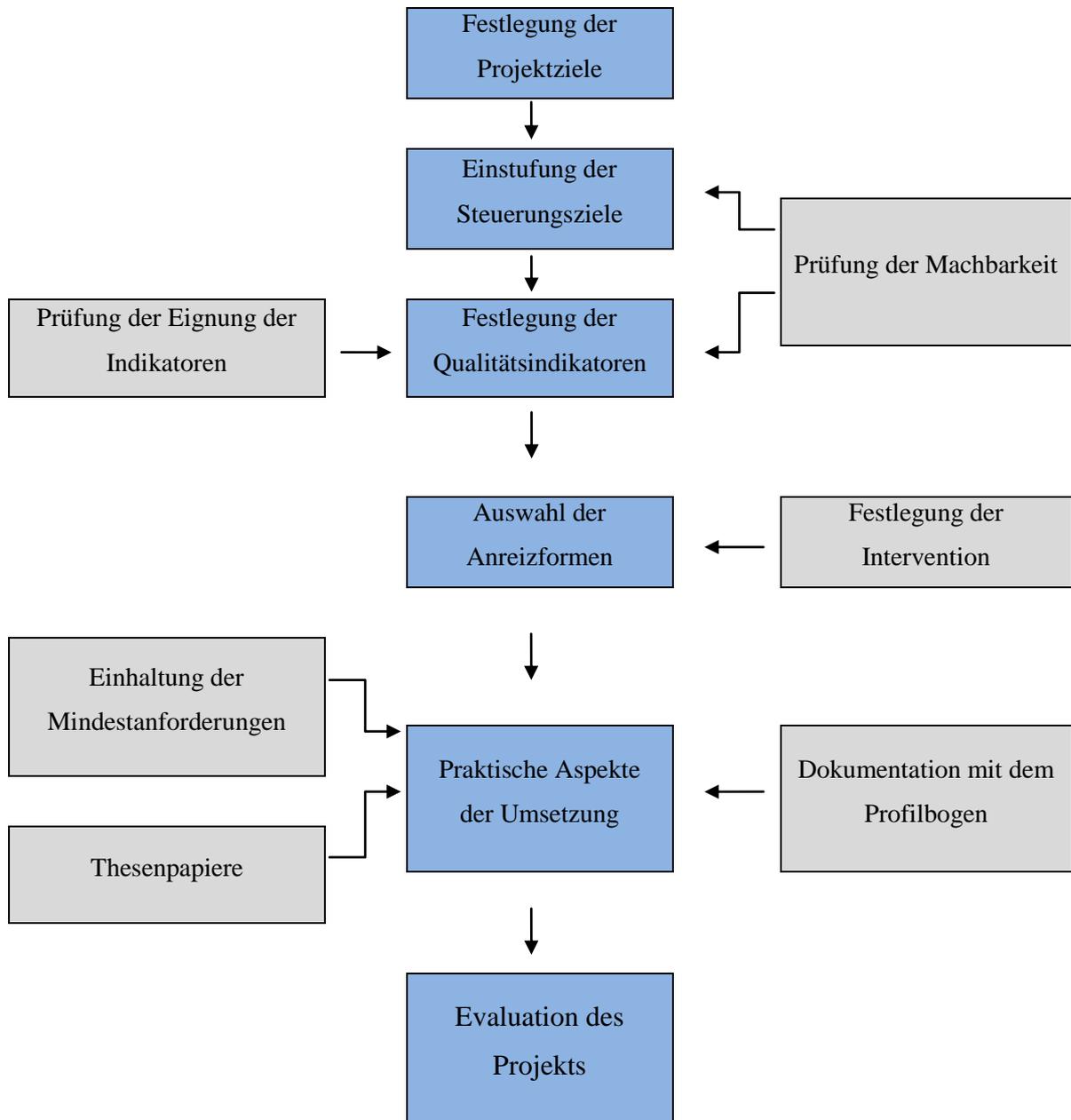
Verschiedene **Messindikatoren** könnten zur **Evaluation des Projekts** herangezogen werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C60):

- Die Entwicklung der medizinischen Versorgungsqualität.
- Die Entwicklung der Kosten für die medizinische Versorgung.
- Aufwand und Kosten für das Projekt (unter Berücksichtigung von zusätzlichen Aufwänden, zusätzlicher Vergütung und Einsparungen).
- Die Akzeptanz bei den Versorgern, bei den Kostenträgern und bei den Patienten (unter Bewertung der verschiedenen Projektelemente).

Die Stabilität der Grundstrukturen und Rahmenbedingungen stellt für alle Beteiligten eine wesentliche Grundvoraussetzung dar (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C74). Das Projekt sollte sich zukünftig aus sich selbst heraus tragen können. Unterstützt durch Peer-Reviews und PDCA-Zyklen können Qualitätsstandards für die Ergebnisqualität in die Strukturen und Prozesse eines Krankenhauses implementiert werden (siehe Anhang 2). Als Problem zeigt sich, dass eine selektivvertragliche Umsetzung durch Einzelinitiativen in Pilotprojekten zwar schnell möglich ist und in einigen Fällen bereits erfolgreich umgesetzt wird, für die kollektivvertragliche Regelung jedoch Gesetzesänderungen vorgenommen werden müssten (vgl. Veit et al. 2012, S. 71).

Um Anreize zur Verbesserung des Gesamtergebnisses zu schaffen, ist eine Konzentration auf „Endpunkte“ wie die Ergebnisqualität relevant und kann die Verständlichkeit für die interessierte Öffentlichkeit sowie die Akzeptanz bei medizinischen Fachgesellschaften erhöhen (vgl. Seeger 2013, S. 253f.).

Abb. 10: Realisierungspfad für P4P-Projekte



Quelle: BQS-Institut 2012, Teil D, S. D20.

Die Wahl der **Vertragsform** hat großen Einfluss auf die Anzahl der teilnehmenden Kostenträger, Leistungserbringer und vor allem die Patienten/Versicherten (vgl. Seeger 2013, S. 249f.).

Vorteile einer selektiven Vertragsgestaltung:

- Ermöglicht den Wunsch nach Umsetzung von innovativen Vertragsformen und Pilotprojekten.
- Kann für die Leistungserbringer und Kostenträger als Wettbewerbsvorteil genutzt werden.
- Eine Auswahl der Vertragspartner kann nach qualitativen Kriterien getroffen werden.
- Eine Möglichkeit der Patientensteuerung, die für die Behandlungsqualität relevant sein kann.

Nachteile der selektiven Vertragsgestaltung:

- Die untersuchten Qualitätsregelungen zeigen häufig keine ausreichende Relevanz für die beteiligten Vertragspartner.
- Selektivvertragliche Entscheidungen sind im Management der Leistungserbringer wie der Kostenträger nur von relativ geringer Priorität.
- Der Prozess der Vertrags- und /oder IT-Entwicklungen wird darüber behindert.
- Qualitätsaspekte der Selektivverträge sind für den klinischen Alltag kaum relevant.
- Die Behandlungsqualität ist von der Fachkompetenz des Leistungserbringers, der Prozessorganisation und dem Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems abhängig.
- Die Behandlungsqualität des Leistungserbringers muss von medizinischen Erfordernissen abhängen und für alle Patienten, unabhängig von der Versicherung, gleich sein.
- Bei standardisierbaren Prozessen sind einheitliche Behandlungspfade und Prozessabläufe sowie eine leitliniengerechte Behandlung sicherzustellen.
- Aus der Vielzahl von unterschiedlichen Verträgen ergeben sich Nachteile sowohl bei der Messung, der operativen Umsetzung der Vergütungsaspekte sowie der Definition der standardisierten Qualitätsverbesserung.

Problemlösung könnte sein (vgl. Seeger 2013, S. 250f.):

- Eine für alle Beteiligten einheitliche, standardisierte sowie kollektive Datenerhebung und Messung, um Ergebnisse und vor allem auch die Umsetzung der Projekte effizienter gestalten und vergleichen zu können.
- Die Nutzung von Routinedaten, um eine aufwandsarme, manipulationsresistente Messung zu ermöglichen.
- Die Vergütungsfunktion sollte einen Fokus auf die Ergebnisqualität mit flankierender Unterstützung durch Qualitätsmanagementsysteme aufweisen, um darüber die Analyse und Verbesserung von Prozessen zu fördern.
- Die Entwicklung einer einheitlichen Definition der betroffenen Versorgungsbereiche und Qualitätsindikatoren (erfordert kollektives Messen).
- Übergangsweise das selektive Kontrahieren zu fördern und langfristig die Integration in Kollektivverträge anzustreben.
- Eine gezielte Förderung bzw. Einforderung von Methoden zur Verbesserung des Vertragscontrollings im Rahmen von bestehenden Selektivverträgen.
- Eine Weiterentwicklung von existierenden Systemen sowie die Überprüfung der Indikatorensysteme durch unabhängige Institute.
- Eine Zusammenführung der Messergebnisse und Daten, um die Vergleichbarkeit der einzelnen Verträge zu erhöhen.

Gerade in der Einführungsphase wird die Fokussierung auf ein Bonussystem favorisiert. Langfristig sollte die relative Verbesserung angestrebt werden, um darüber einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess bei allen Beteiligten zu fördern. Die Höhe der Anreize muss ausreichend sein, um zum einen die klinischen Prozesse, zum anderen aber auch Investitionsentscheidungen nachhaltig verändern zu können.

Zukünftig könnte eine noch bessere Reichweite und Anreizwirkung erzielt werden, wenn anhand eines aggregierten Bepunktungssystems verschiedene Messergebnisse, z.B. über eine qualitätsabhängige Anpassung des Basisfallwertes, umgesetzt werden könnten (vgl. Mansky 2010, in: Seeger 2013, S. 254).

6. Zentrenbildung und leistungsorientierte Vergütungsmodelle zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung

6.1 Förderung und Weiterentwicklung der Zentrenbildung

Zur Erzielung eines guten Ergebnisses werden unterschiedliche Partner benötigt, die unter unterschiedlicher Aufgabenstellung zur bestmöglichen Erreichung eines gemeinsam angestrebten Zieles beitragen können. Belohnt werden sollte jeder Beitrag zur Umsetzung einer verbesserten hohen Qualität. Zwingend berücksichtigt werden muss die Einhaltung von unterstützenden Strukturen, von Vorgaben und Prozesserfordernissen, sowie die rechtzeitige Weiterleitung des Patienten an die Einrichtung, die die erforderliche Qualifikation und die benötigten Strukturen vorhält. Es kann nicht im Sinne einer guten Qualität sein, wenn Fachärzte stundenweise eingekauft werden, einzig um darüber eine höhere DRG abrechnen zu können. Mindestanforderungen an die Prozesse, Personalzahlen und benötigten Qualifikationen des Personals, gerade in qualitätskritischen Bereichen, sollten zur Absicherung und Abrechnung einer höherwertigen DRG stärker festgeschrieben werden.

Unter Absprache der engen Zusammenarbeit und einer sinnvollen Aufteilung der dazugehörigen Aufgaben könnten sektorenübergreifende Zentren zur Erzielung eines hochwertigen Ergebnisses beitragen. Ergebnisindikatoren, sogenannte Area-Indikatoren, könnten ergänzend dem Nachweis dienen, dass die Zusammenarbeit und die abgestimmten Prozesse auch tatsächlich zu einer Verbesserung des Endergebnisses beigetragen haben. Ziel wäre eine sektorenübergreifende Versorgung, die von dem Behandler sinnvoll gesteuert werden könnte, der die kostenintensivste und umfangreichste Behandlung unter Einbeziehung von neuen Forschungsergebnissen sicherstellen muss.

Unterstützend müsste eine sektorenübergreifende Vergütung weiterentwickelt werden. Diese könnte sich an das bestehende DRG- und EBM-System anlehnen. Es müsste im Rahmen einer Zentrenbildung ebenso möglich werden, dass Krankenhäuser, wenn Sie die entsprechenden Struktur- und Prozessanforderungen erfüllen, in diesem Rahmen auch ambulante Leistungen erbringen und nach EBM abrechnen dürfen. Nachgewiesen werden müsste die enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Ein bereits bestehender

IV-Vertrag kann eine gute Grundlage zur Weiterentwicklung entsprechender Zentren darstellen. Die Abrechnung nach DRGs und EBM ermöglicht eine höhere Flexibilität in der Behandlung, die im Vorfeld nicht festgeschrieben werden kann, sondern sich vielmehr an den jeweiligen Erfordernissen und Bedürfnissen des Patienten ausrichten sollte.

Ein Wettbewerb könnte die entstehenden Zentren miteinander vergleichen. Strukturen, die zum Ausbau eines erfolgreichen Modells führen können, sollten weiterentwickelt werden. Die Behandlung von chronischen Erkrankungen benötigt flexible Prozesse, jedoch ebenso Strukturen, die eingehalten werden müssen und deren Einhaltung auch überprüft werden sollte. Die Krankenhausreform bietet den Krankenhäusern einen Rahmen zur Entwicklung von Zentren, die nachfolgend zu sektorenübergreifenden Strukturen und Prozessen ausgebaut werden könnten.

Ergebnisindikatoren könnten unterstützende Anreize bieten, um ein gemeinsames Ergebnis anzustreben, hierfür benötigte Prozesse und Strukturen auszuarbeiten und entsprechende Erfordernisse gemeinsam zu verbessern. Um entscheiden zu können, ob eine intersektorale Prozess- und Strukturentscheidung sinnvoll sein kann, ist es Grundvoraussetzung, das im Vorfeld angestrebte Ergebnis festzulegen. Fragestellung für ein Krankenhaus könnte sein, in wieweit eine zusätzliche Investition sinnvoll wäre und ob entsprechende Indikatoren das verbesserte Ergebnis verdeutlichen sowie die höhere Qualität nachweisen könnten. Eine Umverteilung der eingesparten Kosten zugunsten jener Versorger, die zur Bewirkung des Ergebnisses wesentlich beigetragen haben und hierüber höhere Kosten aufwenden mussten, könnte der Sicherstellung dieser Investition dienen sowie zur weiteren Qualitätsverbesserung genutzt werden. Indikatoren können einen Nachweis von guter Qualität erbringen.

Wird das Ergebnis vergütungsrelevant, besteht die Gefahr einer Risikoselektion und der Ausgrenzung bestimmter Patientengruppen. Benötigt werden mehr Forschung und eine Kosten-Nutzen-Bewertung für Integrierte Versorgungsprojekte mit erfolgsorientierten Vergütungsansätzen. Ergebnisindikatoren sollten dem Vergleich dienen, welche Strukturen und Prozesses sich zukünftig wandeln und durch entsprechende Indikatoren belegt und gemessen werden sollten. Prozessindikatoren können bestehende Probleme verdeutlichen und zu deren Verbesserung verhelfen.

Zusätzlicher Anreiz für die Krankenhäuser wäre die Abrechnung nach EBM im Rahmen von integrierten Versorgungsprojekten. Eine Steuerung von Seiten des Krankenhauses wäre sinnvoll, da beginnend durch den stationären Aufenthalt und die Koordination der weiterführenden Behandlung entscheidende Weichen für die Entwicklung einer chronisch verlaufenden Erkrankung gestellt werden können. Weiterentwickelt werden sollten integrierte Leit- und Richtlinien. Um den Prozess nicht zu behindern, dürfen dem Krankenhaus keine früheren Deckungsbeiträge verloren gehen. Ziel wäre es, die Behandlung am Krankenhaus unter Einbindung anderer Einrichtungen sowie der ambulanten Ärzte zu fördern. Die Anbindung des Patienten sowie seine Compliance könnten gestärkt werden. Die Entwicklung neuer sektorenübergreifender Strukturen und Prozesse sowie deren Vergütung über Selektivverträge und P4P-Modelle können den Wettbewerb mit anderen Häusern, die ähnliche Strukturen vorhalten, sinnvoll erweitern. Qualitätsindikatoren können erprobt sowie die nachhaltige Verbreitung und Verbesserung von sektorenübergreifenden Prozessen und Qualitätsverbesserungen angestoßen werden.

Outcome-Kriterien können zur Messung der Effektivität, einer Verbesserung der Versorgungsqualität, Erhöhung der Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit sowie zur Optimierung des Ressourcenverbrauches herangezogen werden. Die Dauer bis zum Interventionsbeginn, eine Verbesserung der Lebensqualität, mögliche Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität, das Ausmaß an nicht notwendigen medizinischen Prozeduren sowie die Auswirkung auf Kosten und Aufenthaltsdauer können als weitere Parameter zur Festlegung der Versorgungsqualität erhoben werden (vgl. Pape 2008, S. 140).

Ergebnisqualität kann aufzeigen, welches Behandlungsergebnis zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht wurde, ob eine Heilung erfolgreich war und wie lange sie anhält (vgl. Keller 2011, S. 22f.). Der Grad der Ergebnisqualität kann als eine Summe mehrerer, wechselseitig voneinander abhängiger Qualitätsdimensionen bestimmt werden. Beispielsweise bilden die allgemeine Zufriedenheit des Patienten mit der Leistung oder der Erfolg einer OP als Ergebnisqualität ebenso die Schnittmenge aus der zugrundeliegenden Prozess- und Strukturqualität ab.

Indikatoren zur Qualitätsmessung müssen valide und mit nur geringem Aufwand realisierbar sein. Versorgungsqualität (gemäß EN ISO 9000:2005) bedeutet zuallererst, dass für einen Patienten die erreichbaren Gesundheitsziele (nach medizinischem

Wissensstand, effizient und wirtschaftlich) weitgehend erreicht werden (Ergebnisqualität). Effizienzgewinne bei gleichem Qualitätsniveau vermehren die zur Verfügung stehenden freien Ressourcen. Sie sollten dem Gesundheitswesen wieder zugutekommen, sowie das Erreichbare für alle Patienten erhöhen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C9).

Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität können folgende Bereiche umfassen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C9 und Roeder 2009, S. 60):

1) Erreichung der medizinischen Qualitätsziele

- Minimierung der Auswirkungen von Erkrankungen (Letalitätsraten).
- Wiederherstellung von körperlicher und psychosozialer Funktionalität.
- Stabilisierung (Klinische Messgrößen, z.B. Bluthochdruck).
- Beschwerdefreiheit.
- Heilung.
- Verbesserung der Lebensqualität (Änderung im Gesundheitsverhalten).

2) Prozessqualität

3) Vermeidung vermeidbarer Komplikationen

- Patientensicherheit (Komplikationsraten, Infektionsraten).

4) Aspekte der Patientenerfahrung und Patientenzufriedenheit

Benchmarkverfahren können Ergebnisse transparent machen und fokussieren Verbesserungspotenziale. Ergebnisindikatoren haben absoluten Vorrang vor anderen Indikatoren, da sie auf eine Verbesserung der Versorgungsergebnisse beim Patienten abzielen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C9f.).

Eine erfolgreiche **Umsetzung von P4P-Projekten** erfordert die Berücksichtigung mehrerer Faktoren (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C10ff.):

1. Risikoadjustierung

- Darstellung des Risikoniveaus der versorgten Patienten.
- Gefahr von Patientenselektion.
- Qualität der verfügbaren Daten.

2. Verantwortlichkeit für Ergebnisqualität

- Bei längeren Verläufen und komplexen Therapien verteilt sich die Verantwortung auf mehrere Versorger.
- Notwendigkeit der Koordination von Versorgung und Verantwortung.
- Vergütungskonsequenzen können vom Einzelnen oder von der Gruppe getragen werden.

3. Verantwortlichkeit der Patienten

- Abhängigkeit der Behandlungsergebnisse von der Compliance des Patienten.
- Möglichkeit der Risikoadjustierung.
- Anreizwirkung für den Patienten schaffen.

4. Zeitdimension der Ergebnisse

- Das für den Patienten relevante Ergebnis kann erst nach längerem Heilungs- oder Krankheitsverlauf beurteilt werden (z.B. Rezidivfreiheit).
- Zeitnahe Qualitätsindikatoren entfalten eine höhere Steuerungswirkung.
- Intermediate Outcome Indikatoren können gleichzeitig das Bedürfnis nach Zeitnähe und den prospektiven Bezug auf Langzeitergebnisse berücksichtigen.

5. Ergebnisqualität bei chronischen Erkrankungen

- Keine klar abgrenzbaren Einzelinterventionen.
- Qualitätsindikatoren müssen die Stabilität des Zustands des Patienten und die Optimierung der Lebensqualität berücksichtigen.
- Kann in Shared-Savings-Projekten auf das Auftreten oder Ausbleiben kostenrelevanter Folgeereignisse fokussieren (Objektivierbarkeit von Rekonvaleszenzphasen oder verringerten Wiederaufnahmeraten).

6. Mengenproblematik

- Zur Bewertung der Versorgungsqualität (z.B. von Komplikationen) ist eine ausreichend große Zahl an Fällen nötig.
- Einflussfaktoren müssen reduziert werden (Risikoprofil, Patientencompliance, Zufallseinflüsse im Krankheits- und Heilungsverlauf sowie von weiterbehandelnden Versorgern).

7. Ergebnisindikatoren

- Müssen eine sehr hohe methodische Qualität nachweisen, um für P4P verlässlich und justitiabel zu sein.

Zur Abbildung von Qualitätsindikatoren bestehen verschiedene deutsche und internationale Programme, die Datenbanken vorhalten und Methoden zur Erfassung und Bewertung der Indikatoren vorgeben. Eine Klinikbewertung und der nachfolgende Klinikvergleich durch Qualitätsindikatoren werden durch die QI-Initiative der Klinikgruppen Rhön, Sana und Asklepios vorgenommen. Hintergrundinformation zu Qualitätsindikatoren als Instrument der Leitlinienimplementierung stellt das ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) zur Verfügung. Als Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren wird vom BQS-Institut die QUALIFY-Methodik eingeführt (vgl. Arztbibliothek 2014, S. 1ff.). Zur transparenten und aktiven Steuerung der Prozessoptimierung im klinischen Qualitätsmanagement stellen „3M Health Information Systems“ Qualitätsindikatoren-Sets zur Verfügung, die eine sinnvolle Beurteilung eines Versorgungsaspektes bzw. eines Qualitätskriteriums in der Praxis unterstützen können (vgl. 3M 2014, S. 1).

Deutsche Indikatorenprogramme (Arztbibliothek 2014, S.1):

AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren (KBV)
EPA- und QUISA-Qualitätsindikatoren (AQUA)
IQM Initiative Qualitätsmedizin (QI aus Routinedaten)
Qualitätsindikatoren-Datenbank (BQS)
Quinth – Qualitätsindikatorethesaurus (GKV).

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach §137a SGB V (AQUA)

Internationale Indikatorenprogramme:

National Quality Measures Clearinghouse (US)
National Quality and Outcomes Framework (GB).

Prozessqualität

beschreibt die Wertschöpfungskette eines Krankenhauses mit ihren Einzelprozessen und bildet die Qualität der Durchführung dieser Prozesse ab (vgl. Keller 2011, S. 22). Prozessqualität sollte ebenso sektorenübergreifend gemessen werden. Indikatoren zur

Prozessqualität können medizinische Maßnahmen, die Einsatzrate bestimmter Eingriffe, Reinterventionen, Wartezeiten, die Indikationsstellung bei Einweisung, die Zusammenarbeit mit Kollegen sowie verschiedene Untersuchungstechniken betreffen (vgl. Roeder 2009, S.60).

Prozessindikatoren:

- Formulieren meist klare Inhalte und damit auch Zielvorgaben.
- Die Erfüllung der Anforderung ist einfach dokumentierbar (ja/nein).
- Ermöglichen direkten Bezug zum Versorgenden und zum Versorgungszeitpunkt.
- Die Indikatoren bedürfen keiner Risikoadjustierung (Ausnahme ist eine starke Abhängigkeit von der Patientencompliance).
- Können auch bei kleinen Fallmengen ausgewertet werden.

Die meisten Indikatoren in P4P-Projekten bilden die Prozessqualität ab. Prozessindikatoren bieten wichtige Voraussetzungen für das Erreichen von hoher Qualität. Leitlinienadhärenz kann belohnt, das Nichtbefolgen einer Leitlinie mit finanziellen Abzügen bestraft werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. 19). Ohne Blick auf die Ergebnisqualität ist jedoch eine alleinige Verwendung von Prozessindikatoren aus Sicht der Patienten und des Gesundheitssystems nur bedingt aussagefähig (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C14ff.). P4P-Projekte sollten, wann immer möglich, erst auf bereits bewährten Qualitätssystemen aufbauen, da deren systemische Nebenwirkungen und mögliche Gegenmaßnahmen dann (zumindest teilweise) schon bekannt sind (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C38).

Verbesserung der Prozessqualität durch Selektivverträge der Integrierten Versorgung (Seeger 2013, S. 221):

- Auswahl der Vertragspartner anhand von Qualitätsaspekten.
- Standardisiertes Feed-back an Patienten.
- Standardisiertes Feed-back von medizinischem Personal.
- Enge Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen.
- Verbesserte Kommunikation zwischen den Sektoren.
- Freigabe von Patientendaten zur besseren Prozessabstimmung.

Der Beurteilung von Qualität bei der **Indikationsstellung** wird eine zentrale Rolle zugeschrieben, da diese Über-, Fehl- und Unterversorgung verhindern, sowie überflüssige Therapie und Diagnostik vermeiden kann. Zwischen der absoluten Indikation, die in bestimmten Krankheitssituationen alternativlos das weitere Vorgehen vorgibt und einer entsprechenden absoluten Kontraindikation besteht ein fließender Übergang. Vom Gesetzgeber wird gem. § 137 SGBV die Möglichkeit einer **Zweitmeinung** zur Klärung der richtigen Indikationsstellung für notwendig erachtet (vgl. BQS-Institut 2012, S. C16/77).

Die Entwicklung von **Indikationsindikatoren** erfolgt zunächst mit Rückgriff auf evidenzbasierte Leitlinien. Die Indikatorendatenbank Quinth des GKV-Spitzenverbands stellt 107 Indikatoren zum Thema Indikationsstellung zur Verfügung, davon 101 Prozessindikatoren und 6 Ergebnisindikatoren. Der abgrenzenden Einstufung zur Vermeidung unnützer Diagnostik und Therapie könnte in Zukunft eine wachsende Bedeutung zukommen. Für Patienten, die nur eine schwache oder nicht nachvollziehbare Indikation bieten, dürfte ein gewisses Maß an Intervention nicht überschritten werden (vgl. BQS-Institut 2012, S. C16/77f). Indikationsindikatoren können verpflichtende Kriterien für eine bestimmte Intervention vorgeben.

Die Qualitätsdimensionen Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität hängen wechselseitig voneinander ab und sind nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar (vgl. Keller 2011, S. 23). **Strukturqualität** gilt als notwendige, jedoch nicht als hinreichende Bedingung für die Prozess- und Ergebnisqualität.

Ein Versorgungssystem mit hoher Nutzenstiftung sollte im Blick auf das individuelle Krankheitsbild des Patienten organisiert und am Patientennutzen ausgerichtet sein (vgl. Porter, Guth 2012, S. 291f.). Interdisziplinäre Teams, die als organisatorische Basiseinheit auf die Versorgung bestimmter Krankheitsbilder ausgerichtet sind, könnten als integrierte Behandlungseinheit (IPUs – Integrated Practice Units) zusammengefasst werden. Im stationären Bereich könnte ein formal geregeltes, abteilungsübergreifendes Zusammenarbeiten (z.B. in einem Gefäßzentrum oder Bauchzentrum) mit gemeinsam festgelegten Abläufen, Visiten, Dokumentation und einem einheitlichen Set von Ergebnismessungen der Vorläufer für IPUs sein (vgl. Porter, Guth 2012, S. 293).

Schlüsselmerkmale einer integrierten Behandlungseinheit (IPU) (Porter, Guth 2012, S. 292):

- Ist im Blick auf ein Krankheitsbild oder eng miteinander zusammenhängenden Krankheitsbildern organisiert.
- Umfasst ein engagiertes multidisziplinäres Team, das einen erheblichen Teil seiner Zeit dem Krankheitsbild widmet.
- Beteiligte Leistungserbringer sind Teil einer gemeinsamen Organisationseinheit oder Partner der Organisationseinheit.
- Bietet Versorgung für das Krankheitsbild über die gesamte Behandlungskette an; dazu gehören ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung sowie unterstützende Leistungen wie z.B. der Einsatz von Sozialarbeitern.
- Schließt Edukation der Patienten, aktive Beteiligung der Patienten sowie Folgeuntersuchungen mit ein.
- Verwendet einheitliche Verwaltungs- und Ablaufplanungsstrukturen.
- Ist in dedizierten Einrichtungen untergebracht.
- Wird von einem Arzt als Teamleiter und einem Care-Manager geleitet, die den Behandlungsprozess jedes Patienten überwachen.
- Trifft sich regelmäßig formell und informell.
- Misst Ergebnisse, Kosten und Prozesse für jeden Patienten unter Verwendung einer gemeinsamen Informationsplattform.
- Trägt gemeinsame Verantwortung für Ergebnisse und Kosten.

Quelle: Porter ME. Präsentation vor der Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Speaker Series 2011.

6.2 Die Messbarkeit von Zielen

Das Konzept zur Qualitätsmessung basiert auf der klaren Formulierung der Projektziele, der Identifikation der Steuerungsziele sowie dem Interventionskonzept (Gesamtkonzept zur Intervention mit Beschreibung der gewählten Instrumente und unter transparenter Festlegung der Umsetzungsparameter) (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C60). Anhand der Ziele werden Qualitätsdimensionen definiert und dafür notwendige Indikatoren abgebildet. Berücksichtigt werden müssen die Verfügbarkeit entsprechender Daten und die Eignung der Indikatoren hinsichtlich ihrer Zeitdimension. Die Effizienz eines Verfahrens

ist an der erreichten Verbesserung eines relevanten Problembereichs in Relation zum Gesamtaufwand zu messen. Qualitätsmessung muss machbar sein und ist nur sinnvoll, wenn sie wirklich Veränderung bewirken kann. Zeitnahe Steuerungsmöglichkeiten sollten bevorzugt werden. Mit der Umsetzung von Leitlinieninhalten in der Qualitätsmessung kann das Ziel einer Weiterentwicklung in der Versorgung gemeinsam mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften nachhaltig unterstützt werden. P4P-Projekte sollten in ihren Zielen genau das widerspiegeln, was sie mit den Indikatoren auch tatsächlich messen können (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C39ff.).

Um nicht zu Fehlsteuerungen zu führen, müssen Indikatoren und Anreize eines P4P-Projekts zueinander passen. Gewählt wird ein Referenzbereich, der das Ergebnis für qualitativ unauffällig hält, wenn der ausgewählte Qualitätsindikator auf mindestens 90% der Patienten zutrifft (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C42f.). Um unangemessene Artefakte zu vermeiden, wird vorausgesetzt, dass im Bereich zwischen 90% und 100% der Zielerreichung keine echte Differenzierungsfähigkeit des Indikators vorliegt. Die Dokumentationslast der teilnehmenden Krankenhäuser sollte nicht unnötig ausgeweitet werden. Allgemeine Gütekriterien für Qualitätsindikatoren bestehen in deren Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität. Zur Bewertung der Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P-Modelle müssen diese hinsichtlich ihrer Evidenz, Praktikabilität und Diskriminationsfähigkeit hin überprüft werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C45).

Die Art der Messung kann in folgenden Kategorien erfasst werden (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C47):

- Status (eine bestimmte Struktur oder ein bestimmter Prozess wurden etabliert, dessen Vorhandensein als gute Qualität angesehen wird).
- Qualifizierter Status (über das reine Vorhandensein hinaus muss zusätzlich eine qualitative Komponente erfüllt sein, damit von guter Qualität ausgegangen werden kann).
- Quantitativ: Anzahl (Indikatoren, die Qualität als Zahl ausdrücken können und eine differenzierte Darstellung von Varianz ermöglichen, z.B. Fallzahlen).

- Quantitativ: Statistische Beschreibung (statistische Beschreibung von Qualität, z.B. durch einen Anteil in Prozent oder risikoadjustierte Quote von beobachteten zu erwarteten Ereignissen).

Die Messung des wirtschaftlichen Erfolgs und damit die Höhe der erzielten Einsparungen erfolgt anhand eines Referenzwertes, der im Vergleich zur „normalen“ Weiterentwicklung der Gesundheitsausgaben ermittelt wird. Um Verzerrungen zu vermeiden, müssen systemendogene Faktoren entsprechend berücksichtigt werden (altersbedingte Kosteneffekte, Zu- und Abwanderung, Grippeepidemien, neue Therapiemethoden, zufallsbedingte Häufungen von Hochkosten) (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 157). Durch Nutzung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs lassen sich viele Faktoren ausgleichen, Probleme stellen sich beispielsweise durch die Nichtbelohnung erfolgreicher Prävention. Die größten Einsparungen lassen sich jedoch erzielen, wenn das integrierte Versorgungssystem möglichst alle Bereiche der Gesundheitsversorgung mit einbezieht, um zu verhindern, dass sich durch gegensätzliche Anreize, z.B. bei Multimorbidität, Fehlanreize für das System ergeben, die sich wiederum gegen die Interessen der Kostenträger richten (z.B. durch die Verordnung von Dritt-Leistungen, die nicht in das virtuelle Budget einbezogen sind).

Gewichtung der Versorgungsqualitätsindikatoren im Hinblick auf die Umsetzung des P4P-Ansatzes in Deutschland

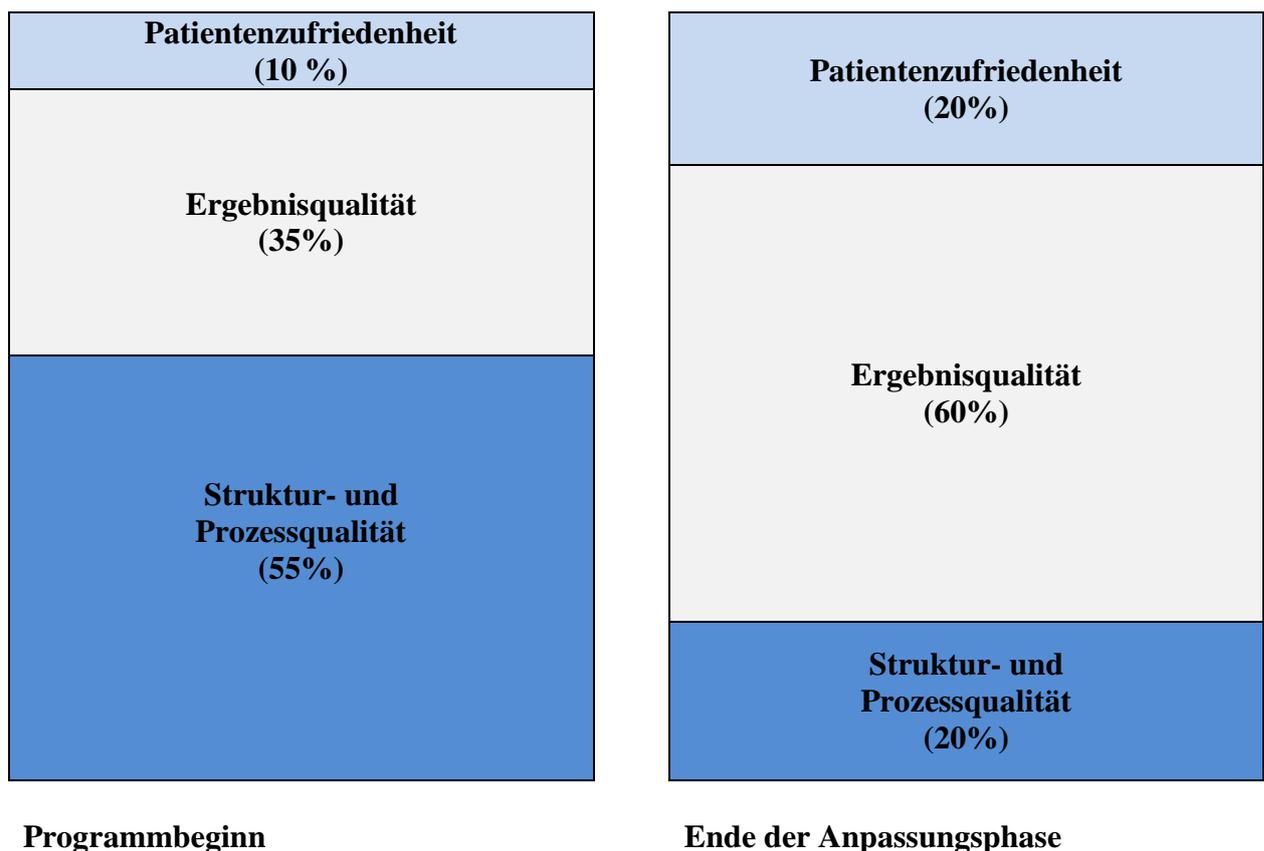
Qualitätsindikatoren sollten als ein dynamisches und ständig lernendes System konzipiert werden, da durch die jeweilige Neudefinition von Vergütungskomponenten automatisch auch Handlungsanreize für Krankenhäuser gesetzt und im weiteren Schritt zur Systemsteuerung genutzt werden können (vgl. Keller 2011, S. 79).

Damit Krankenhäuser beispielsweise verstärkt in die Weiterbildung ihrer Ärzte oder in den Ausbau ihrer IT-Infrastruktur investieren und damit bessere Voraussetzungen für eine höhere Versorgungsqualität entwickeln, sollten zunächst Mittel in eine Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität fließen. Diese ist wesentlich einfacher zu messen und schafft vergleichbare Rahmenbedingungen für die betroffenen Krankenhäuser. Erst in einem weiteren Entwicklungsschritt sollte die Vergütung stärker auf die Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit fokussieren. Wie bereits beschrieben können Ergebnisindikatoren

wesentliche Kriterien zur Qualitätsbewertung und für die erfolgreiche Weiterentwicklung von Zentrenbildung, Selektivverträgen und P4P-Modellen darstellen.

Die Gewichtung der einzelnen Versorgungsqualitätsdimensionen könnte sich, abgestuft über einen Zeitraum von sieben Jahren (im Vergleich zum Zeitraum der DRG-Einführung), schrittweise zu dem gewünschten Ziel einer höheren Gewichtung von Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit hinbewegen (vgl. Keller 2011, S. 80f.). Die Krankenhäuser hätten ausreichend Zeit, sich auf das neue qualitätsorientierte Vergütungssystem einzustellen. Grundvoraussetzung für die erforderliche Unabhängigkeit von bestimmten finanziellen Zuweisungen und Bewertungen von Krankenhausleistungen wäre die Schaffung eines unabhängigen Instituts, das nicht von einer bestimmten Interessensgruppe kontrolliert werden darf (vgl. Keller 2011, S. 78f.).

Abb. 11: Entwicklung der Gewichtung der Versorgungsqualitätsdimensionen



Quelle: Keller 2011, S. 81.

Eine Festlegung der Gewichtung der einzelnen Qualitätsdimensionen kann erst getroffen werden, nachdem entschieden ist, wie Qualität gemessen werden kann und welche

gesundheitpolitischen Ziele mit der entsprechenden Gewichtung erreicht werden sollen (vgl. Keller 2011, S. 26). Durch die Berücksichtigung der Patientenzufriedenheit als Qualitätsdimension erhält diese Vergütungsrelevanz und es ist davon auszugehen, dass zumindest längerfristig bei der Etablierung eines P4P-Systems die hohe Patientenzufriedenheit einen hohen Stellenwert für das Qualitätsmanagement des Krankenhauses gewinnen wird.

„Sobald die Patientenzufriedenheit vergütungsrelevant wird, ändert sich auch das Informationsverhalten der Krankenhäuser, da die Patientenzufriedenheit maßgeblich davon abhängt, wie sich der Patient eingebunden fühlt“ (Keller 2011, S. 27).

6.3 Das Modell „Gesundheitsstadt Berlin“

Ziel einer Gesundheitspolitik muss es sein, die Qualität der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen. Sie muss die Richtung vorgeben, strategische Ziele setzen und potentielle negative Auswirkungen kontrollieren. Gesundheitsstadt Berlin e.V. fördert und gestaltet den Standort Berlin als führendes Zentrum der Gesundheitsversorgung, Gesundheitswissenschaften und des Gesundheitswesens insgesamt mit dem Ziel einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen. Die regionale, nationale und internationale Koordination und Vernetzung soll Synergien freisetzen, der Dialog zwischen Forschung, Medizin und dem gesamten Gesundheitswesen unterstützt werden (vgl. Gesundheitsstadt Berlin 2015).

Ein jährliches Gutachten unter Einschluss eines Qualitäts-Monitorings könnte zentrale Aspekte zur Beurteilung der Qualität und den aktuellen Stand der Umsetzung eines vorher erstellten Rahmenkonzeptes öffentlich darlegen. Institutionen aus dem Gesundheitswesen, aber auch solche, die nicht aus dem Gesundheitswesen stammen, könnten zukünftig Treiber für eine verbesserte Qualität und Patientensicherheit werden und entsprechende Initiativen beim Bundesministerium einbringen (Beispiele hierfür sind „Die Aktion saubere Hände“ oder das CIRS-System). Zukünftige Konzepte sollten die Versorgung von chronischen Mehrfacherkrankungen und deren Prävention berücksichtigen. Aktiv gefördert werden sollte die strukturelle Weiterentwicklung des Gesundheitssystems durch eine verbesserte Integration und Koordination und unter Beachtung von Behandlungsprozessen.

Area-Indikatoren³⁴, die international bereits gängig sind, könnten weiterentwickelt und zu internationalen Vergleichen herangezogen werden (vgl. Schrappe 2014/ I, S. 2ff.).

Eine regionale qualitätsorientierte Versorgungsplanung sollte der Krankenhausplanung zugrunde gelegt werden. Neben Strukturindikatoren (z.B. zur IT-Ausstattung) könnten Prozessindikatoren, zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen wie MRSA und zur Umsetzung einer verbesserten Koordination in den Vordergrund gestellt werden. Mindestmengenregelungen sollten weiter entwickelt werden (vgl. Schmedders 2014, S. 12). Vor allem in qualitätskritischen Bereichen sollte die Personalausstattung gesichert werden (vgl. Schmedders 2014, S. 15). Ein Bericht über die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren könnte einen integrativen Bezug erhalten, die Morbidität einer alternden Bevölkerung abbilden und als Qualitätsbericht öffentlich dargelegt werden (vgl. Schrappe 2014/I, S. 5). Die veröffentlichten Zahlen ermöglichen dem Patienten selbständig zu entscheiden, von welchem Leistungsanbieter er behandelt werden möchte. Zudem sollte die Patientenzufriedenheit zukünftig vergütungsrelevant gemacht werden.

Ein Teil der Gesamtvergütung für die ambulante und stationäre Versorgung könnte zukünftig ausschließlich für sektorenübergreifende, regionale und auf die Bevölkerungspopulation abgestellte qualitätsgesicherte Versorgungskonzepte ausgegeben werden. Um die sektorale Optimierung einschließlich Mengenanreizen nicht zu verstärken, sollte eine Einführung von P4P an eine sinnvolle Weiterentwicklungsperspektive des Gesundheitssystems geknüpft werden. Qualitätsindikatoren sollten zuerst dort ansetzen, wo gravierende Qualitätsmängel vorliegen (vgl. Schrappe 2014/I, S. 1ff.). Wegen der hohen Relevanz für Koordinations- und Integrationsprobleme wird P4P vor allem auch auf Basis von Prozessindikatoren als sinnvoll angesehen. Größere Bedenken bei der Verwendung von Ergebnisindikatoren werden bezogen auf die benötigte Risikoselektion sowie auf befürchtete statistische Probleme geäußert. Bei der Verwendung von Routinedaten werden Probleme bezüglich übersehener Komplikationen in der Kodierung (in Höhe von bis zu 50%) befürchtet, wenn diese insbesondere bei älteren und mehrfacherkrankten Patienten im DRG-System nicht mehr vergütungsrelevant waren und deshalb nicht angegeben wurden (vgl. Schrappe 2014/I, S. 4). Benötigt wird ein Ordnungsrahmen des Gesetzgebers,

³⁴ Area-Indikatoren sind regionalisierte Qualitätsindikatoren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und Messung von populationsbezogener Versorgungsqualität.

der die Basis für die weitere Entwicklung von Qualität und Patientensicherheit vorgeben kann.

In Zukunft könnten zwischen 5-10% des Budgets der stationären und ambulanten Leistungen über P4P-Programme ausgezahlt werden. Den Krankenhäusern böte sich ein ausreichend hoher finanzieller Anreiz, um ihre Strukturen und Prozesse der benötigten Qualitätsverbesserung anzupassen. Die Höhe einer P4P-Vergütung müsste Opportunitäts- und Grenzkosten berücksichtigen. Voraussetzung für die Umsetzung von Abschlägen für qualitativ schlechte Leistungen sowie Zuschlägen für die Leistungserbringung unter nachweisbar hoher Qualität wäre die Entwicklung von validen und wenig manipulationsanfälligen Indikatoren (vgl. Schmedders 2014, S. 18ff.). Auch eine Verbesserung zum Vorjahr kann die Auszahlung eines Zuschlages bewirken. Neben dem heute noch fehlenden Bezug zu Qualitätsmerkmalen in der Vergütung, bemängeln Experten vor allem die mangelnde Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer (vgl. BibliomedManager 2014, Ökonomen fordern Monistik und Selektivverträge, S. 2).

6.4 Die Rolle des Wettbewerbs in integrierten Versorgungsstrukturen

Die Frage nach dem richtigen Wettbewerb im Gesundheitswesen geht mit der Überlegung einher, in wieweit eine Neuausrichtung der Anreize und eine Honorierung, die statt des Einzelpreises den geschaffenen Gesundheitsnutzen und damit die Ergebnisqualität für den Einzelnen wie für die Versichertengemeinschaft in das Zentrum des Wettbewerbs rückt, das angestrebte Ziel einer Steigerung von Effektivität und Effizienz im Gesamtsystem bewirken könnte (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 154).

Als einer der wichtigsten Faktoren zur Erreichung des Ziels einer hohen Qualität in der Gesundheitsversorgung wird die Kooperation der zahlreichen Akteure gesehen. Auf Grund des Autonomiebestrebens des Einzelnen wird dieses eher ein loses Zusammenwirken darstellen, jedoch wird eine erhebliche Koordinationsleistung notwendig (vgl. Schrappe 2015, S. 61). Qualität muss in den Mittelpunkt gerückt, ein „allgemeiner gesellschaftlicher Konsens“ sollte hergestellt werden. Für die Art und Weise der Implementierung und die Beurteilung der Erfolgchancen einer übergeordneten Qualitätsstrategie bedarf es eines umfassenden Rahmenkonzeptes.

Koordination kann auf vier Ebenen erreicht werden (Schrappe 2015, S. 61):

- Durch den Markt bzw. Wettbewerb.
- Durch Regulation bzw. Hierarchie.
- Durch Institutionen und Verhandlungen zwischen Institutionen.
- Durch gemeinschaftliche Prozesse und Netzwerkstrukturen.

Ein Qualitätswettbewerb sieht die Qualitätsinformationen neben der Menge und dem Preis als wettbewerbswirksam an. P4P und das Public Reporting werden dem Qualitätswettbewerb zugerechnet (vgl. Schrappe 2015, S. 269). Ein Qualitätswettbewerb beruht auf der rational choice Theorie und postuliert eine Verbesserung der Versorgung auf Systemebene, wenn die Leistungsanbieter verstärkt über die Qualität ihrer Leistung konkurrieren. Patienten und Zuweiser wählen den Leistungsanbieter nach Qualitätskriterien aus. Der Leistungsanbieter befürchtet einen Reputationsverlust oder eine niedrigere Vergütung und reagiert mit einer Qualitätsverbesserung. Das Konzept basiert auf einem weitgehend rationalen Verhalten von Patienten und anderen Nutzern des Gesundheitswesens und der Wirksamkeit einer externen Motivation (vgl. Schrappe 2015, S. 173ff.). Neben dem adäquaten Rahmenkonzept und der Berücksichtigung von bisherigen Erfahrungen im internationalen Kontext setzt die Etablierung eines Qualitätswettbewerbs zwingend eine Problemanalyse zur Identifikation relevanter Ansatzpunkte für den externen Anreiz voraus.

Erfolg und Eignung eines P4P-Modells begründen sich nicht nur aus der Tatsache, dass es die von ihm selbst angestrebten Ziele erreicht, sondern darüber hinaus die erreichten Veränderungen für das Gesundheitssystem eine Verbesserung darstellen (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A18). Aus marktpolitischer Sicht können Integrierte Versorgungsverträge spezifische Fähigkeiten und Kernkompetenzen des Unternehmens herausstreichen. Eine strategische Neuausrichtung der Integrierten Versorgung könnte die Entwicklung von Vollversorgungsnetzen mit eigener Budgetverantwortung zum Ziel haben, ebenso könnten über ein Fallmanagement hinaus Versorgungsstrukturen verschmelzen und darüber neue Leistungen und Behandlungsstrukturen hervorbringen. Der Wettbewerb müsste einen Bezug zum Patientennutzen erhalten und auf messbaren Ergebnissen basieren. Die Qualität im Versorgungsprozess kann ein wichtiges wettbewerbles Alleinstellungsmerkmal darstellen. Zukünftig stärker gefördert werden sollten die dezentrale Steuerung und

dezentrale Entscheidung. Zentrale Steuerung beinhaltet Fehlanreize. Gerade langfristig gesehen besteht die große Gefahr von nicht gerechtfertigten Mengenausweitungen und Fehlsteuerungen (vgl. Oberender 2014, S. 1110).

Um eine Modernisierung in der Krankenhausplanung umzusetzen, dezentrale Steuerung zu ermöglichen und Fehlversorgung zukünftig besser vermeiden zu können, müssten veraltete Strukturen aufgebrochen werden. Die Aufgabe der Krankenhausplanung auf Bundesebene bestünde in der Vorgabe einer bundesweit einheitlichen Norm. Aufgabe der Länder hingegen wäre die Umsetzung eines Versorgungsmonitorings zur Vermeidung von Fehlversorgung und unter Berücksichtigung von zukünftigen Kapazitätsentwicklungen. Ermöglicht würde eine Rahmenplanung, auf deren Grundlage auf Ortsebene individuelle Leistungsvereinbarungen getroffen werden könnten (vgl. Augurzky et al. 2014, S. 1122f.).

Das Ziel einer patientenzentrierten, netzwerkorientierten Versorgung erfordert klare, verbindliche Leitlinien und Prozesse (vgl. Schultz et al. 2013, S. 10). Das Krankenhaus könnte eine Gatekeeper und Lotsen-Funktion zur Steuerung des vereinbarten Budgets und des integrierten Versorgungsangebotes einnehmen. Patient und Einweiser könnten stärker an das Krankenhaus angebunden und die Wettbewerbsposition in der Region darüber gestärkt werden (vgl. Amelung 2010, S. 26ff.). Ein Qualitätswettbewerb benötigt unterschiedliche Versorgungskonzepte. Die Verbesserung der Gesundheit des Patienten wird vor allem mittel- und langfristig als der einzige Weg gesehen, um zukünftig die Kosten des Gesundheitswesens in den Griff bekommen zu können (vgl. Porter, Guth 2012, S. 261ff.).

Die strukturierte Umsetzung einer sektorenübergreifenden Integrierten Versorgung, angestoßen durch den zunehmenden Wettbewerb, die Veränderung der Finanzsituation, drohende Misserfolge oder eine neue Gesetzgebung, könnte für die Kostenträger zur Sicherung ihrer Wirtschaftlichkeitsressourcen, für die Leistungserbringer zu einer möglichen Steigerung ihrer Vergütung und einer Optimierung der Versorgung der Versicherten führen. Die Zielerreichung muss eindeutig feststellbar und durch geeignete Kennzahlen messbar gemacht werden (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 7ff.). Die Strukturqualität eines Netzwerkes kann den **Mehrwert aus Sicht der medizinischen Versorgung** begründen.

Ein **Mehrwert für das Krankenhaus** könnte in der Differenzierung im Wettbewerb und im Marketing bestehen. Dem Krankenhaus dürfen durch das neue Versorgungsangebot keine vorher bestehenden Deckungsbeiträge verloren gehen. Ein zusätzlicher Mehrwert für den Leistungserbringer äußert sich in der Optimierung bekannter Schwachstellen in der Versorgung, der Ausweitung von medizinischen Leistungen, in extrabudgetären Erträgen, der Erhöhung von Umsatzvolumen und Garantien, sowie durch die Zahlung der Anreize im Rahmen einer P4P-Vergütung. Ein weiterentwickeltes integriertes Versorgungsmodell kann der zentralen Bedeutung eines Krankenhauses Rechnung tragen (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 17). Ziele eines Integrationsnetzes und damit entscheidendes Kriterium für dessen Fortführung und regionalen Ausdehnung sind die nachweisbare Qualitätsverbesserung und die Kosteneinsparung im Vergleich zur Regelversorgung. Der Dokumentationsaufwand sollte auf ein Minimum reduziert werden.

Der **Mehrwert für die Krankenkasse** besteht in der Differenzierung im Wettbewerb und im Marketing, zudem im Aufbau von Kompetenz zur Versorgungsgestaltung einer effizienten Organisation, im Einkauf guter Leistungen beziehungsweise von Verträgen mit guten Leistungserbringern und in Kosteneinsparungen bei der Versorgung. Zusätzlicher Nutzen entsteht durch die reduzierte Erstattung von Leistungen, von Revisionsoperationen und Komplikationen und durch eine nachhaltige Qualitätsverbesserung.

Mehrwert aus Sicht des Patienten muss für diesen sichtbar gemacht werden. Die Kompetenzstärkung des Patienten, mit seiner Erkrankung bestmöglich umzugehen und eine verbesserte Mobilisation und Wiedereingliederung in das Berufsleben nach Abschluss der Behandlung sollten für die Versorgenden entsprechend honoriert werden (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 155). Trotz Schwere der Krankheit sollte der Patient ein hohes Maß an Autonomie über seinen Versorgungsprozess behalten. Im Rahmen eines P4P-Modells sollten die Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt werden. Die Patientenzufriedenheit kann zukünftig vergütungsrelevant werden. Als Beispiel für die Umsetzung eines verbesserten Versorgungsmanagements wurde das AmbulanzPartner-Konzept der Charité vorgestellt.

Die **enge Verbindung zur Forschung** und eine zeitnahe Umsetzung von Forschungsergebnissen in der Krankenversorgung bewirken wichtige Synergieeffekte für

beide Bereiche. Forschung ermöglicht Prävention und zielt auf die Vermeidung von Krankheiten durch Ausschaltung von als gesundheitsschädigend geltenden Faktoren (Risikofaktoren). Prävention und Gesundheitsförderung sowie eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit gelten als die geeignetsten Instrumente, dem Kostenanstieg im Gesundheitswesen durch Vermeidung des Sozialversicherungsfalles, dem Bedarf an Behandlung, Rehabilitation und Pflege entgegenzuwirken (vgl. Kirch, Badura 2006, VII, Vorwort).

Zur Überprüfung von Einsparungen sollte eine ökonomische Betrachtung über den Behandlungsfall hinaus auf Einsparungen im gesamten Gesundheitssystem angestellt werden (vgl. Roeder 2013, S. 26ff). Prinzipiell müssen sich P4P-Projekte langfristig gesehen finanziell selbst tragen können.

Besonderheit im Bereich der chronischen Erkrankungen ist, dass die Ergebnisse häufig erst langfristig beurteilbar sind. Vorhandene Qualitätsmängel wie eine Über-, Unter- und Fehlversorgung bei den großen Volkskrankheiten wurzeln häufig in Koordinationsdefiziten, die wiederum mit mangelnder Transparenz, unzureichendem Wettbewerb und inadäquaten Anreizsystemen einhergehen (vgl. Grote Westrick 2010/I, in: Grote Westrick, Schwenk 2010, S. 10ff.). Es bietet sich hier ein sinnvoller Ansatz zur Entwicklung von Prozessindikatoren.

Selektivverträge bieten die Möglichkeit zur Vereinbarung einer vertragsspezifischen Vergütung, als weitere Option könnte eine qualitätsorientierte variable Vergütung mit Umsetzung von Ergebnis- und Prozessqualität ausgehandelt werden. Auffällig im Vergleich zu anderen Ländern ist, dass Qualität zwar belastbar gemessen werden kann, jedoch aus den Messergebnissen keine Konsequenzen gezogen werden. Für geeignete Qualitätsindikatoren müssten verbindliche Mindeststandards gelten, die für die Erlaubnis der Leistungserbringung nicht unterschritten werden dürfen. Sektorenübergreifende Behandlungspfade könnten die neu entwickelten Prozesse unterstützend definieren. Eine Weiterentwicklung könnte in einer Versorgungssteuerung bestehen, die die Behandlung an einigen, qualitativ hochwertigen Standorten konzentriert (vgl. Seeger 2013, S. 230).

6.5 Datenschutz versus Potenziale im IT-Management

Potenziale im IT-Management bestehen in der erhöhten Verfügbarkeit von Informationen. Diese gehen wiederum mit erhöhten Sicherheitsanforderungen an die IT-Architektur einher. Viele IT-Projekte in Deutschland werden mit Verweis auf den Datenschutz verhindert (vgl. von Eiff 2014, S. 5). Im Vergleich zu Deutschland bestehen in den USA generell geringere Bedenken beim Datenschutz sowie bezüglich möglicher Sicherheitslücken bei der Speicherung und der Weitergabe von persönlichen medizinischen Daten. Hohe Sicherheits- und Datenschutzerfordernungen können wesentliche Faktoren für die Akzeptanz bei der Einführung der institutionsübergreifenden Patientenakte (EHR) darstellen. Diese Faktoren sollten jedoch nicht deren Nutzungsmöglichkeiten einschränken (vgl. Heidenwag et al. 2014, S. 37). Sinnvolle Innovationen für eine bessere Versorgung sollten nicht behindert werden (vgl. von Eiff 2014, S. 5). Neben positiven Qualitätsaspekten könnten enorme Einsparpotentiale umgesetzt werden, die mit einer flächendeckenden Nutzung von EHR einhergehen.

Der Umgang mit „Big Data“, bei uns sehr negativ belegt, wird in den USA eher positiv gesehen. Mit einer Erbgutanalyse kann die Medizin, etwa im Bereich der Onkologie, heute Krankheiten frühzeitig diagnostizieren und auf der Basis von genetischen Voraussetzungen Schlüsse ziehen, welche Therapie angewandt oder auch ausgeschlossen werden sollte. Beispielsweise gibt es bei hochkomplexen Krankheiten wie der Multiplen Sklerose Medikamente, die nur bei etwa 25% der Patienten anschlagen. Wenn diese Patienten im Vorfeld identifiziert werden können, würden andere Patienten vor oftmals schweren Nebenwirkungen bewahrt werden. Wenn die Krankheit sehr aggressiv verläuft, ist eine schnelle Therapie entscheidend. Mit Hilfe der Analyse großer Datenmengen (Big Data), lassen sich bestimmte genetische Eigenschaften identifizieren und entsprechende Gensequenzierungen bereits innerhalb weniger Tage durchführen. Chancen bestehen unter anderem für die epidemiologische Forschung. Jedoch müssen bestehende Sorgen bezüglich des Datenschutzes bei der Verwendung zentral erfasster Daten vieler Patienten ernst genommen werden (vgl. von Eiff 2014, S. 5).

Im Bereich von Digital Health-Konzepten, beispielsweise dem Home Monitoring, spielt Amerika eine weitere Vorreiterrolle (vgl. von Eiff 2014, S. 5f.). Bisher nur eine Krankenkasse in Deutschland finanziert ein bestehendes Home-Monitoring-Modellprojekt.

Telemedizin könnte bei der qualifizierten Befundung in ländlichen Gebieten sinnvoll eingesetzt werden und Versorgungslücken abdecken. Der Haus- oder Notfallarzt könnte die Untersuchung durchführen und die Daten zu einem Spezialisten in einem Herz- oder Schlaganfallzentrum übertragen. Eine rasche und qualifizierte Befundung vor Ort könnte sichergestellt und sofort mit der richtigen Therapie begonnen werden.

6.6 P4P als Ansatz zur Garantie von Kosteneinsparungen

Aufgabe eines Vergütungssystems ist es, die Interessen des Arztes mit denen des Patienten zu verknüpfen. P4P bietet in diese Richtung eine starke Orientierung. Fragestellung ist jedoch, inwieweit P4P einen Ansatz zur Garantie von Kosteneinsparung bieten kann. Kosteneinsparungen könnten durch verbesserte Infrastrukturen und Prozessverbesserungen eines IV-Vertrags ergänzt durch P4P-Elemente umgesetzt werden.

Das heutige Gesundheitssystem in seiner derzeitigen Struktur, Organisation und seinem Anreizsystem wirkt auf vielen Ebenen dem Patientennutzen entgegen, obwohl die Verbesserung der Gesundheit der Versicherten/Patienten vor allem mittel- und langfristig der einzige Weg wäre, um zukünftig die Kosten des Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen (vgl. Porter, Guth 2012, S. 261ff.). Wenn das übergreifende Ziel in einer Verbesserung des Patientennutzens läge, müsste zuerst die bestehende Balance zwischen den verschiedenen Partikularinteressen aufgebrochen werden. Der Wettbewerb als starke, regulierende Kraft müsste einen Bezug zum Patientennutzen erhalten und auf messbaren Ergebnissen basieren.

Wenn die Gesundheitsversorgung in ihrer Struktur und Organisation im Blick auf das Krankheitsbild und über die gesamte Behandlungskette hinweg auf die Bedürfnisse des Patienten hin organisiert würde, könnten integrierte Teams die volle Verantwortung für die Versorgung des Krankheitsbildes eines Patienten übernehmen. Die Konsolidierung unter den Anbietern hätte erhebliche Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit und das Behandlungsergebnis. Grundvoraussetzung wäre jedoch, dass die Behandlungsergebnisse, die Qualität und die Behandlungskosten transparent und messbar sein müssten. Nur so könnten diese über einen längeren Zeitraum hinweg verfolgt, mit anderen Einrichtungen verglichen und kontinuierlich verbessert werden (vgl. Porter, Guth 2012, S. 267f.). Die Vergütung könnte auf der Ebene von Krankheitsbildern gebündelt und darüber

Einzelleistungsvergütungen (die zu Mengenausweitungen führen) abgelöst werden. Kostenverlagerungen könnten über die gebündelte Vergütung je Krankheitsbild vermieden werden (vgl. Porter, Guth 2012, S. 271f.).

Mehrertrag aus P4P-Vergütungsmodellen entsteht aus der Erhöhung des Preises pro Leistung, der Erhöhung der Anzahl der Leistungen sowie der Erfüllung der Qualitätsanforderungen des Modells. Bei Vollversorgung mit transsektoraler Vergütung entsteht ein Mehrwert aus der Erhöhung der Effizienz der Leistungen, der erfolgreichen Prävention sowie der Verminderung von überflüssigen Leistungen (vgl. Hildebrandt, Richter-Reichhelm, Trojan et al. 2009, S. 160). Anreize auf system- und individueller Ebene bestehen sowohl durch den zusätzlich entlohnten Gesundheitsnutzen eines IV-Systems sowie durch Erfolgsboni für Versorger, die auf Basis bestimmter Struktur- und Qualitätsmerkmale gewährt werden können. Beide Ansätze fokussieren auf die Leistungsqualität, die erfolgreiche Vermehrung des Gesundheitsnutzens für den Patienten sowie die Messbarkeit dieses Erfolges, um diesen Zusatznutzen in Form einer zusätzlichen Vergütung honorieren zu können. Zudem stehen beide Ansätze für die erkennbare Neuausrichtung im Gesundheitswesen, für mehr Wettbewerb zwischen den Systemen und der Normalversorgung sowie den Systemen untereinander und für die Fokussierung auf den Gesundheitsnutzen.

Ausschlaggebend für die Art der Vergütung ist die Gestaltung des Versorgungsvertrages. Unterschieden werden zwei Versorgungsformen, die sich unmittelbar auf die Vergütungsform auswirken können (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 37):

1. Eine **indikationsbezogene Erweiterung oder Neugestaltung** der Versorgung um medizinische und koordinierende Leistungen, die über das Maß der Regelversorgung hinausgehen. Alle Regelleistungen werden über die DRG und den EBM (Einheitlichen Bewertungsmaßstab) abgebildet und entsprechend abgerechnet. Alle darüber hinausgehenden zusätzlichen Leistungen sind Bestandteil des Integrationsvertrages und werden unter den Vertragspartnern ausgehandelt. Die Gesamtvergütung erfolgt meist in Form einer „Komplexpauschale“. Alle Therapieinhalte können in Form eines Behandlungspfades dargestellt, zu einem Bündel aggregiert und nachfolgend mit den Kosten des durchschnittlichen Ressourceneinsatzes in der Pauschale abgegolten werden (vgl. Schulz 2007, S. 20). Grundlage für die Vergütung der stationären Leistungen sind die

gesetzlichen Regelungen des KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der BpflV (Bundespfllegesatzverordnung) und des KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetzes) (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 37).

2. In **populationsbezogenen integrativen Netzen** mit Vollversorgungsansatz wird für eine definierte Region das gesamte Versorgungsspektrum abgedeckt. Die Besonderheit besteht in der Übernahme finanzieller Verantwortung durch die Leistungserbringer, durch ein kombiniertes Budget oder prospektiv morbiditätsadaptierte Kopfpauschalen. Durch finanzielle Anreize für die Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Versorgung (und hoher Qualität) sowie durch eine begrenzte Beteiligung am Verlustrisiko bei unwirtschaftlicher Versorgung wird die ökonomische Steuerung ausgelöst. Der Arzt kann sein Einkommen durch besonders gute Leistungen verbessern („Pay for Performance“) (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 37). Zur Ermittlung der zukünftig zu erwartenden Versorgungskosten und als Grundlage für die Budgetkalkulation populationsbezogener Ansätze müssen zusätzliche Parameter zum Gesundheitszustand der Versorgungsklientel bei der Morbiditätsadjustierung der Kopfpauschalen hinzugezogen werden (vgl. Wiechmann 2003, S. 172). Eine zu gering angesetzte Kopfpauschale kann zur Selektion der Patienten führen, notwendige Behandlungen werden vorenthalten oder es erfolgen unnötige Überweisungen an andere Versorgungseinrichtungen (vgl. Peager 2004, S. 173f.).

Für die Vergütungsverhandlung beider Versorgungsformen müssen die Aufwendungen für das jeweilige Versorgungssegment, nach Kostenarten gegliedert und dargestellt, sowie die eigenen Kosten bekannt sein. Die Leistungserfassung in der Vergangenheit beruht auf einer Darstellung von funktionalen Leistungen. Um die abteilungs- und unternehmensbezogenen Prozesse als Größe der Kostenverursachung in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen, ist eine Prozesskostenrechnung nötig. Anhand von Leitlinien oder Behandlungspfaden könnten bewertete konzentrierte Leistungsprozesse geschaffen werden, die dann als Basis für die Verteilung der Honorare an die einzelnen Behandler beziehungsweise Versorgungseinrichtungen dienen (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 38). Um den unterschiedlich hohen Aufwand der differierenden Schweregrade einer Erkrankung widerzuspiegeln, müssen unterschiedliche Pauschalen berechnet werden.

Eine Vergütung sollte (vgl. Schütte, Homscheid 2010, S. 38):

- Gerecht sein (Versorger, die besonders viele schwere Fälle behandeln, dürfen nicht benachteiligt werden).
- Die richtigen Anreize bieten (eine fallbezogene Vergütung über den gesamten Versorgungsprozess hinweg, keine Vergütung pro Kontakt oder Quartal).
- Justitiabel sein (Ausgleich der Vergütung zwischen besonders schweren Fällen und leichteren Fällen bieten).
- Die Abgeltung von Investitionskosten für Software und Praxisausstattung beinhalten.
- Eine Vergütung artverwandter Leistungen und Dokumentationen angeglichen werden.

Die Rahmenbedingungen der Krankenhausreform bieten, wenn auch zeitverzögert, Anreize zur Weiterentwicklung von Selektivverträgen und P4P-Modellen. Die Spezialisierung und Zentrenbildung soll gefördert werden, interdisziplinäre Expertenteams könnten eine Verbesserung der Versorgung von komplexen chronischen Erkrankungen umsetzen. Hohe Qualität, Qualitätshonorare, sowie die Umsetzung einer größtmöglichen Transparenz über die Versorgung erhalten einen besonderen Stellenwert. Für umfangreiche Optimierungen müssten jedoch die Strukturen grundsätzlich geändert werden.

Größere Rationalisierungsreserven werden in einer Verbesserung von ineffektiven Prozessen im Gesamtsystem vermutet (vgl. Oberender 2014, S. 1109). Häuser sollten sich auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren, Teile der stationären Behandlung könnten manchmal auch ambulant und in unmittelbarer Nähe der stationären Strukturen angeboten werden. Eine marktwirtschaftliche Ausrichtung im Gesundheitswesen könnte die Weiterentwicklung von intersektoralen Zentren anstoßen (vgl. Oberender 2014, S. 1109ff.). Auch Zentren untereinander sollten sich im Wettbewerb miteinander vergleichen, diese zukünftig über Selektivverträge und P4P-Honorare höher vergütet werden. Hier könnten die IQM- und die QSR-Methodik sinnvoll eingesetzt werden. Die aktive Qualitätsverbesserung und das Etablieren einer offenen Fehlerkultur könnten Voraussetzungen für die Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses schaffen. Transparent gemachte Ergebnisse würden die Motivation zur Verbesserung fördern (vgl.

IQM 2014, Startseite). Der DMAIC-Zyklus könnte die IQM-Methodik auch sektorenübergreifend in die Abläufe eines Qualitätsmanagements integrieren.

Selektivverträge ermöglichen die dezentrale Steuerung unter Berücksichtigung von Prävention und Ergebnisqualität. Die Steuerung von Seiten des Krankenhauses könnte eine höhere Identifikation mit dem langfristigen Ergebnis und die Verantwortlichkeit mit Blick auf das Gesamtbudget fördern. Der dezentrale Wettbewerb verhindert Starrheit und Unbeweglichkeit im System. Diese würden auf längere Sicht wiederum zu ineffektiven Prozessen und unproduktiven Mengenausweitungen führen.

Zukünftig sollen die Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern Qualitätsverträge abschließen dürfen. Erprobt werden soll eine qualitätsorientierte Vergütung und inwieweit sich durch die Vereinbarung von Qualitätsanreizen eine höherwertige Qualität in der Versorgung umsetzen ließe. Die Zentrenbildung soll gefördert, Hochschulambulanzen leistungsgerechter bezahlt werden. Diese können künftig über das für die Forschung und Lehre erforderliche Maß hinaus auch jene Patienten behandeln dürfen, die aufgrund von Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einer speziellen Untersuchung und Behandlung bedürfen.

Nicht im ausreichenden Maße angegangen wurde hingegen die Frage, wie eine zukünftige sektorenübergreifende Planung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung aussehen könnte. Andere Strukturen müssten sich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren, das Finanzierungssystem müsste an die neuen Konzepte angeglichen werden. Nachweisbar ist, dass sich durch eine verbesserte Qualität zu Beginn der Behandlung zukünftig auch Kosten einsparen ließen. Durch die Vermeidung von Fehlern im Behandlungsverlauf, von Komplikationen und Revisionen, sowie am Beispiel des Schlaganfalls durch Vermeidung von sekundären Schlaganfällen mit hoher Komplikations- und Pflegebedürftigkeitsrate, ließen sich im langfristigen Verlauf einer chronischen Erkrankung hohe Kosten einsparen und eine hohe Qualität umsetzen. Diese könnte durch entsprechende Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren sichergestellt, verbessert und nachweisbar gemacht werden.

6.7 Der Stellenwert des Teams in der integrierten Versorgung

Zielführend könnte an dieser Stelle der **Teamgedanke** eingeführt werden. Wenn eine Steuerung von dem Leistungsanbieter ausgeht, der die komplexeste und häufig auch

kostenintensivste Behandlung im Behandlungsverlauf sicherstellen muss, wäre es sinnvoll, dass dieser entscheidet, welche nachfolgenden Behandlungseinheiten und Strukturen zur Erreichung des gemeinsamen Zieles benötigt würden. Eine rechtzeitige Weiterverlegung und das Einhalten der gemeinsam entwickelten verbindlichen Regeln im Team könnten „belohnt“ werden. Eine einheitliche Dokumentation und Kodierung sowie der Ablauf der gemeinsamen Kommunikation könnten festgelegt werden. Notwendig würde die hohe Transparenz über die erbrachten Leistungen. Vereinheitlichte Vergütungssysteme würden den Prozess erleichtern.

Ergebnisindikatoren könnten den Teamgedanken festigen und die Aufgabenverteilung klarer definieren. Der einzelne Leistungsanbieter müsste sich verantwortlich fühlen, seine ihm übertragene Aufgabe im Team bestmöglich zu erfüllen. Verschiedene Teams könnten im Wettbewerb miteinander verglichen werden. Neben dem Ansporn zur Verbesserung sollte ebenso der Austausch von Erfahrungen unterstützt werden. Ein fairer Wettbewerb sollte auch den Schwächeren unterstützen können. Das neu entwickelte Gruppengefühl, die übernommene Verantwortung in der Gruppe und die gemeinsame Weiterentwicklung zur Erreichung eines definierten Ergebnisses, könnten zukünftig Kosten einsparen. Eine neue Dimension von Qualitätsverbesserung könnte entwickelt werden. Eingesparte Kosten könnten für die Anschaffung von Investitionen genutzt werden und damit für das gesamte Team einen Gewinn darstellen.

Ausschlaggebend für die Auswahl von Struktur- und Prozessindikatoren könnten die in der Gruppe erkannten Probleme sein. Diese könnten behoben oder verbessert und das gemeinsame Ziel definiert werden. Indikatoren sollten im Verlauf überprüft und in Abständen neu angepasst werden. Wenn beispielsweise aktuelle Probleme mit Infektionen wie MRSA bestehen, könnte ein Prozessindikator den bei Aufnahme routinemäßig durchzuführenden MRSA-Abstrich festschreiben. Bei schweren Krankheiten und Krankheitsverläufen sollten Strukturvorgaben vorgeschrieben werden, die nicht unterschritten werden dürfen. Um Unübersichtlichkeit und Unverbindlichkeit zu vermeiden, sollte die Gruppe nicht zu groß werden. Alle Teammitglieder müssen mitentscheiden dürfen, zudem darf niemand nach Eintritt in das Team finanziell schlechter dastehen als vorher.

Selektivverträge könnten den Teamgedanken aufgreifen. Indem die Krankenkasse, das Krankenhaus und weitere Leistungsanbieter gemeinsam eine Aufgabe bzw. ein Projekt gut

erfüllen wollen, könnten sie sich in diesem Rahmen ein gemeinsames Qualitätsziel setzen und gemeinsam an dem Ergebnis arbeiten. Unter der Struktur eines Zentrums könnten chronische Krankheiten in P4P-Modellen optimal gesteuert werden. Die Leitung des Teams erfordert ein umfangreiches medizinisches und betriebswirtschaftliches Fachwissen. Boni könnten einen Ersatz (Surrogat) dafür bieten, dass es eigentlich nicht möglich ist, als einzelner Leistungsanbieter das gesamte Spektrum an benötigten Leistungen durchzuführen und effektiv zu steuern. Der Einzelne kann vielmehr als erfahrener, verantwortungsvoller Teamplayer für seinen Bereich fungieren, der sich an festgelegte Regeln hält und Verantwortung für eine hohe Ergebnisqualität in seinem Bereich übernimmt. Erforderlich wird, dass Informationen schnell und in benötigtem Umfang weitergegeben werden. Es sollte ein offenes und unterstützendes Klima geschaffen werden. Das „belohnte“ Ergebnis von Qualitätsindikatoren könnte einen Ersatz dafür bieten, dass man etwas tut, obwohl es einem selber nichts bringt, aber alle gemeinsam näher an ein bestimmtes Ziel heranführen kann.

Die Stufen der Teamentwicklung

Die Bildung eines Projektteams ist ein Entwicklungsprozess und kann (nach Bruce W. Tuckman, 1965) in vier Phasen aufgeteilt werden. In der Praxis gehen die einzelnen Phasen ineinander über und sind nicht klar voneinander abgrenzbar.

Der Ablauf einer Teamentwicklung nimmt einige Zeit in Anspruch. Aufgabe des Projektleiters ist es, diesen Prozess zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass die von einer niedrigeren Produktivität geprägten Phasen zügiger bewältigt werden können (vgl. VDMA 1997, Leitfaden). Im Jahre 1970 fügte Tuckman den vier vorbestehenden Phasen noch eine fünfte Phase hinzu, die sogenannte Auflösungsphase (adjourning) (vgl. Tuckman 2005, S. 4f.).

I. Forming (Test- oder Orientierungsphase)

Es besteht noch keine richtige Gruppe, sondern vielmehr eine Ansammlung von Individuen, die noch nicht zusammengefunden haben. Die Formierungsphase dient dem gegenseitigen Kennen lernen und bietet die Möglichkeit, von den anstehenden Aufgaben und den verschiedenen Rollen eine klare Vorstellung zu bekommen. Die Grundstimmung

ist geprägt von Erwartung, Bedenken, Vorsicht und Angst. Vorherrschend ist eine gewisse ungerichtete Euphorie. Die Teammitarbeiter müssen sich zuerst mit den neuen Kollegen, mit dem Projektleiter und den Projektaufgaben vertraut machen, die Rollenverteilung ist noch unklar. Der Einzelne ist noch unsicher, wie er die anderen zu nehmen hat und wie er selbst von den anderen gesehen wird.

II. Storming (Konflikt-, Frustrations- oder Nahkampfphase)

Die Teammitglieder beginnen, sich auf das Projekt und die Aufgaben zu konzentrieren. Es kommt zu Diskussionen, Interessensgegensätze und Meinungsverschiedenheiten werden deutlich. Individuelle Enttäuschungen, Schwachstellen und Unzulänglichkeiten offenbaren sich. Das Klima ist bestimmt von heftigen, vorwiegend negativen Gefühlen, von häufigen Reibereien bis hin zu Streitigkeiten um die Vorgehensweisen bei der Arbeit und um Kompetenzen. Diese Phase wird als eine notwendige Durchgangsstufe angesehen.

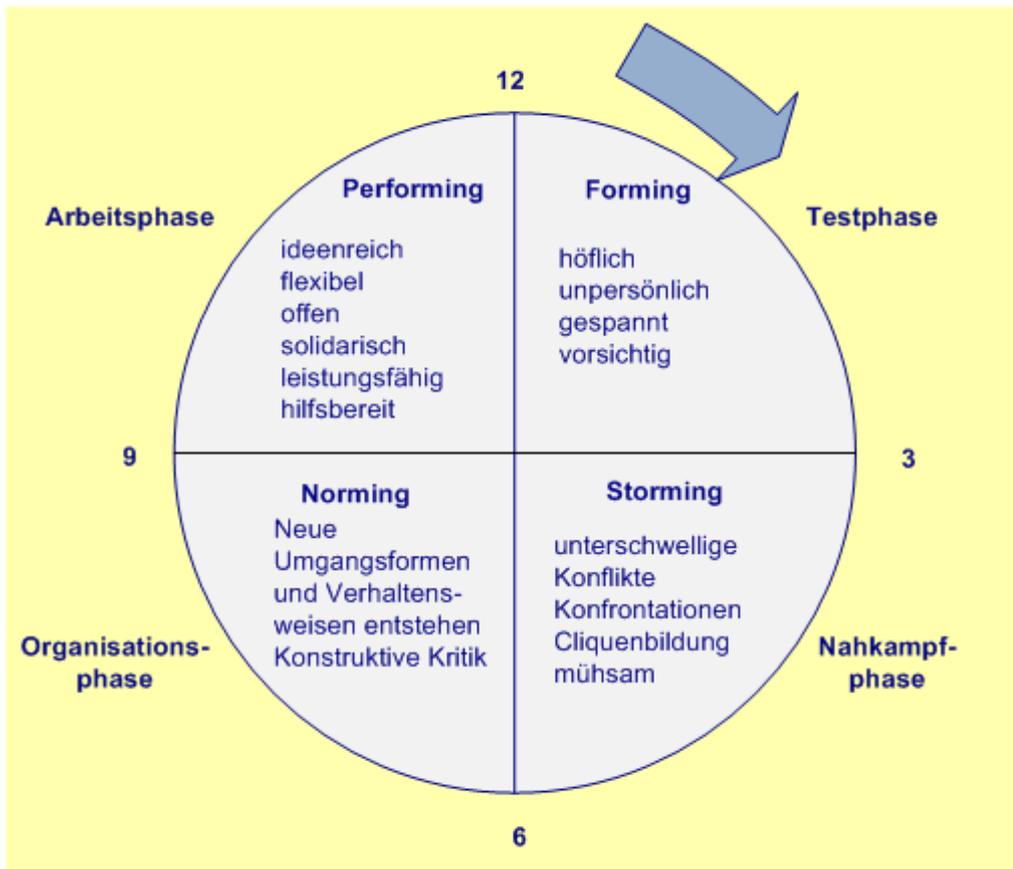
III. Norming (Normierungs-, Akzeptanz- oder Organisationsphase)

Erste Projektschritte fördern die Entwicklung eines Teamgeistes, es bildet sich das „Wir-Gefühl“ heraus. Motivation und die persönliche Identifikation mit den Aufgaben steigen. Es entwickeln sich neue Umgangsformen, Teamnormen und Verhaltensregeln bilden sich heraus. Konflikte werden zunehmend abgebaut. Jeder findet allmählich zu seiner Rolle und seiner Aufgabe, er fühlt sich verantwortlich. Erkennbar wird, dass sich die Mitarbeiter in den Diskussionen bemühen, um zu gemeinsamen Ergebnissen zu kommen.

IV. Performing (Arbeits-, Routine- oder Verschmelzungsphase)

In der Arbeitsphase sind die personellen Probleme gelöst und die Rollen verteilt. Die Teammitglieder kennen ihren Platz und ihre Aufgabe. Das Team arbeitet nun weitgehend reibungslos zusammen. Die Zusammenarbeit ist geprägt durch Offenheit, Ideenreichtum, Kooperation, Flexibilität und ein hohes Leistungsniveau. Es herrscht eine hohe Motivation, im Team mitarbeiten zu können. Jeder im Team übernimmt abwechselnd die Führung und ist daran interessiert, gemeinsam die Projektziele zu erreichen.

Abb. 12: Die vier Phasen im Ablauf eines Teambuildingsprozesses



Quelle: Nach Bruce W. Tuckman, 1965 in: VDMA (Hrsg.): Fit für den globalen Markt? Leitfaden für das Qualitätsmanagement und Projektmanagement - Lösungsansätze, Umsetzungsbeispiele, Methoden 1997.

An erster Stelle steht jedoch die Frage, ob es überhaupt **übergreifende Gesundheitsziele** bezogen auf eine koordinierte ergebnisorientierte Behandlung der chronischen Erkrankungen in Deutschland gibt (vgl. Schwartz 2014, S. 82f.). Diese könnten dann wiederum Zielvorstellungen für Gesundheitsindikatoren und koordinierte Gesundheitsnetze liefern. Wenn für ein chronisches Krankheitsbild verbindliche Zielvorstellungen entwickelt wurden, könnten ebenso die Anforderungen und die Ausgestaltung einer nachfolgend entwickelten integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung deutlicher werden. Der Schwerpunkt würde vom "Reparieren" der akuten Krankheitserscheinung hin zum angestrebten Ziel eines höchstmöglichen Gesundheitszustandes und eines hohen Maßes an Lebensqualität wechseln (vgl. Schwartz 2014, S. 88f.).

Anhand des IV-Vertrags Schlaganfall wurden mögliche Prozess- und Ergebnisindikatoren definiert. Einer Zentrenbildung, abgestimmt auf die integrierte Behandlung des chronischen Krankheitsbildes Schlaganfall und unter Weiterentwicklung des Teamgedankens, d.h. dem Team das gemeinsam bemüht ist, die entwickelte Zielvorstellung bestmöglich zu erreichen, würde sich hierfür ein zielführender struktureller Rahmen anbieten. Zur Optimierung des Teamgedankens müsste ebenso die Krankenkasse mit integriert werden. Die Annäherung an das Ziel einer neuen Gewichtung der Versorgungsqualitätsdimensionen hin zu mehr Ergebnisqualität und einer stärkeren Berücksichtigung von Patientenzufriedenheit sollte in mehreren aufeinander folgenden Schritten umgesetzt werden. Es benötigt Zeit, um Perspektiven und Blickwinkel in diese Richtung verschieben zu können. Wichtig ist es, Pilotmodelle nahe an der Forschung zu entwickeln, sowie unterstützende Kosten-Nutzen-Berechnungen weiter auszubauen und die Beteiligten mitzunehmen. Damit das System gut laufen kann, muss es akzeptiert werden. Wenn sich die Zielvorstellung beispielsweise auf die Verhinderung von Spastik nach Schlaganfall richten würde, könnten entsprechende Ergebnisindikatoren entwickelt werden. Spastik führt zu Schmerzen, eingeschränkter Mobilität und reduziertem Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen. Innerhalb eines Jahres sind laut Erfahrungswerten aus der Forschung bis zu 40% der Schlaganfallpatienten von Spastik betroffen. Die frühe Intervention kann den Ausbruch verhindern oder zumindest lindern. Somit wäre es das Ziel, durch frühe Intervention den Ausbruch von Spastik zu verhindern oder zumindest zu lindern. Verhindert werden könnten langandauernde chronische Schmerzen, Mobilitätsverluste und der reduzierte Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen. Zudem werden weitere sieben Aspekte von Sekundärprävention aufgeführt, die durch (nicht erkannte und damit auch nicht behandelte) Komplikationen zu einem langandauernden chronischen Leiden führen können (beispielsweise die Aphasie, Depression, mentale Einschränkung/Demenz). Noch ist es Realität in Deutschland, dass nach der (nur wenig abgestimmten) Reha-Maßnahme keine weiteren koordinierenden Maßnahmen mehr erfolgen, d.h. die Koordination wird wenn von mehreren unterschiedlichen Stellen in Teilbereichen übernommen und führt damit zu Reibungs- und Effizienzverlusten. Neue Ansätze in eine andere Richtung werden noch nicht ausreichend unterstützt. Zudem besteht das Risiko, dass bei 200.000 akuten Erst-Schlaganfällen in Deutschland jährlich 66.000 wiederholte Schlaganfälle auftreten. Obwohl die Fähigkeit besteht und das Wissen da ist,

wie die Gesamtsituation der Patienten langfristig verbessert werden könnte, tut keiner was und keiner schaut hin. Ein gewisses Unwohlsein wird im Kern verdreht. Damit kommt zum Ausdruck, dass ein vorhandenes Potential nicht gelebt wird. Und das Potential befindet sich grundsätzlich bei allen Beteiligten, von der Krankenschwester, zum Arzt und Oberarzt bis hin zur Krankenkasse und dem Patienten. Wenn man dieses nutzen würde und allen Beteiligten gleichberechtigt zuhören würde, wäre schon sehr viel geholfen.

Wie in der Arbeit ausgeführt, belegen mehrere Quellen gerade im Hinblick auf die Spastik im ersten Jahr nach Akut-Schlaganfall, dass allein durch die Spastik um das Vierfache höhere Kosten erzeugt werden als ohne Spastik. Kosteneinsparungen können sich in einem anderen Sektor äußern, z.B. bei den Arbeitsunfähigkeitskosten, den Frühberentungen, hohen Pflegekosten, oder Therapien bei Depression (vgl. Kloepfer 2014, S. 30f.). Die Umsetzung einer abgestimmten sektorenübergreifenden Versorgung würde die Zufriedenheit der Patienten (durch ein höchstmögliches Maß an Lebensqualität) aber auch die des Personals stärken, die nun ihrer Überzeugung nachgehen könnten, wirklich etwas Umfassendes und Sinnvolles bis zum Ende durchziehen zu können. Mit dem Wissen, dass es sinnvoll ist. Gegenwärtig sind sie oftmals gezwungen, über den Sinn ihres Handelns nicht weiter nachzudenken.

Die Entscheidung zu P4P könnte über eine "Gegenrechnung" in Form einer Kosten-Nutzen-Bewertung vorgenommen werden. Nachgewiesen würde, dass die Behandlung zwar in einem Sektor teurer ist, dafür nachfolgende Leistungen in anderen Sektoren eingespart werden könnten (vgl. Henke 2014, S. 69f.). Wenn dies im Vorfeld als eines der Ziele definiert wurde, könnten über P4P vielleicht auch zusätzliche Leistungen wie die Telemedizin, STEMO-Einsatzwagen, das AmbulanzPartner Modell für schwer erkrankte Schlaganfallpatienten aber auch die aufgeführten Maßnahmen zur Sekundärprävention refinanziert werden. Zielvorstellung eines P4P-Modelles muss es sein, sich zukünftig aus sich selbst heraus tragen zu können. Im Rahmen eines Modell-Projektes könnte überprüft werden, inwieweit hierüber auch eine nachhaltige Finanzierung möglich wäre.

Im Rahmen des Teams könnte die noch bestehende vorsichtige und manchmal angespannte Situation zwischen Krankenhaus und Krankenkasse verbessert werden. Wenn beiden Seiten klar wird, dass alle eigentlich am gleichen Ziel arbeiten, müsste das für das Team besonders wichtige gegenseitige Vertrauen, die Offenheit, Transparenz und die Verantwortlichkeit aller Beteiligten weiter ausgebaut werden. Um gemeinsam eine gute

Lösung entwickeln zu können, würde die gegenseitige Akzeptanz und die Bereitschaft, sich auf allen Seiten gegenseitig konstruktiv zu unterstützen und auftretende Fehler konstruktiv anzugehen unabdingbar. In einem neu geschaffenen Umfeld, in dem sich dieses umsetzen ließe, könnte viel Geld eingespart werden. Um Innovationsfähigkeit zu ermöglichen, bedarf es einer optimalen Abstimmung und bestmöglichen Nutzung der vorhandene Kompetenzen – verhindert oder zumindest rasch durchlaufen werden sollte die Phase des sich gegenseitigen Boykottierens und gegeneinander Arbeitens (Storming Phase). Eine bestehende Informationsasymmetrie zwischen Krankenkasse und Leistungsanbieter könnte mit Unterstützung von passenden Prozessindikatoren transparenter gemacht werden.

Ein Ausbau der IQM-Methodik hin zur aktiven Steuerung von Qualität unter Abbildung einer längerfristigen Entwicklung (QSR-Methodik) könnte mit Unterstützung eines eng zusammenarbeitenden Teams und einer hohen Verantwortlichkeit aller Beteiligten für den eigenen Bereich sinnvoller gelöst werden. Gestärkt werden müsste das gegenseitige Vertrauen, alle Teammitglieder müssten zuerst für sich ein bestehendes gut funktionierendes Qualitätsmanagementsystem nachweisen können. Eine Umsetzung zum heutigen Zeitpunkt würde unter den heutigen Bedingungen noch eine Überforderung darstellen. Bezeichnend ist, dass in der momentanen Qualitätsdiskussion, wenn in einem Haus Probleme auftreten, dieses sich lieber von Kollegen helfen lassen möchte (IQM-Methodik und Peer Review-Verfahren), als dass der MDK vorbeikommt und „alles nieder macht“. Dies ist menschlich nachvollziehbar, auch, da anzunehmen ist, dass in der heutigen angespannten Phase häufiger Fehler passieren werden. Da zu wenig Zeit zum Nachdenken bleibt und jeder beständig nur funktionieren soll, fehlt das wirkliche Ziel dahinter. Der MDK scheint so fast zum Feindbild verdammt, obwohl doch eigentlich alle Beteiligten gemeinsam am gleichen Ziel arbeiten sollten. Es fehlt das gegenseitige Vertrauen. Gemessen werden sollte zuallererst, inwieweit die Kommunikation und Abläufe im Netzwerk unterstützt und verbessert werden könnten, um darüber die Arbeit für die nachfolgenden Einrichtungen vereinfachen zu können.

Sinnvoll könnte es werden, bei schwerer erkrankten Patienten eine Steuerung von Seiten des spezialisierten Krankenhauses aus zu ermöglichen. Auf das Team bezogen stünde hier vielleicht der Teamleiter, der die umfangreichste medizinische Erfahrung zur Verfügung stellen kann. Wenn das Krankenhaus zum Teil die Budgetverantwortung mittrüge, würde

es verstärkt bemüht sein, auch nach möglichen Alternativen zu suchen, wenn darüber andere wichtige Leistungen zur Erreichung des Gesamtzieles finanzierbar gemacht würden.

7. Zusammenfassung und Ausblick

7.1 Zusammenfassung

Zugrundliegende Idee für ein Forschungsprojekt war die Entwicklung eines P4P-Modelles für Schlaganfallpatienten unter Einbeziehung der IQM-QSR-Methodik und der Abbildung eines einjährigen Verlaufes. Ziel wäre der Nachweis einer Weiterentwicklung von Qualität und Effizienz sowie von Kostenreduktion, ohne vorgegebene Leistungskürzungen oder Leistungsfestschreibungen wie es bei einem IV-Vertrag im Vorfeld der Fall wäre und unter Einbeziehung von Prävention und einer hohen Patientensicherheit. Umgesetzt werden sollte eine größtmögliche Transparenz für alle Beteiligten und eine Wahlfreiheit und hohe Autonomie bei enger Anbindung für den Patienten. Durch die Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierbarkeit eines innovativen integrierten Versorgungskonzeptes in Verbindung mit dem stationären oder ambulanten Aufenthalt, könnte nachfolgend eine Weiterverbreitung des Modelles für andere chronische Erkrankungen ermöglicht werden. Eine P4P-Vergütung könnte die Finanzierung und darüber Weiterentwicklung von Projekten fördern, deren Auswirkungen sich erst zu einem späteren Zeitpunkt und in einem anderen Sektor zeigen können. Die höhere Vergütung böte einen Anreiz für die Umsetzung von Prävention, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung und könnte der Finanzierung von neuen Versorgungskonzepten und zusätzlichen Leistungen dienen.

Probleme zeigten sich bei Klärung der Frage, in wieweit eine Verwendung der anhand des IV-Vertrags Schlaganfall definierten Prozess- und Ergebnisindikatoren innerhalb der IQM-Methodik realistisch und sinnvoll wäre und welche zusätzlichen Aufwände hierüber erzeugt würden. Aus Sicht der Klinikleitung wird dieser Ansatz zum heutigen Zeitpunkt als nicht realistisch eingeschätzt. Gefahren werden in den noch weitgehend unadjustiert einfließenden Routinedaten der IQM-Methodik und einem hohen zusätzlichen Dokumentationsaufwand gesehen. Die Erfassung überwiegend evidenzbasierter Handlungsfelder und Interventionen wird als prospektiv aufwendig angesehen. Bezogen

auf ein Studiendesign wird befürchtet, dass aufgrund der Multikausalität der Outcomes eine enorm hohe Zahl an Patienten mit Randomisierung und gegebenenfalls erforderlicher Adjustierung anfallen könnte. Es wurde deshalb eine Kalkulation von Erlösen der stationären (Erst-)Behandlung sowie eine Gegenüberstellung von Kosten und Erlösen der im Jahresverlauf folgenden ambulanten Behandlung vorgenommen. Auf Basis von publizierten Daten erfolgte eine Abschätzung der in der Regelversorgung nach Schlaganfall anfallenden Kosten, diese wurden mit den Kosten für die ambulanten Besuche zur Sekundärprävention verglichen. Als Beispiel für die Folgekosten eines Schlaganfalls wurde die Spastik hervorgehoben. Nachfolgend könnten eine Abschätzungen der zusätzlich entstandenen Kosten pro gewonnenem QUALY oder ICER vorgenommen werden.

Das Uppsala University Hospital untersuchte im Jahre 2010 die langfristigen Auswirkungen und Kosten des Schlaganfalls. Primäres Ziel der Studie war es, die Auswirkungen von klinischen Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit eines Folgeantrags auf Leistungen der Pflegeversicherung zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus zu analysieren. Alle Patienten erhielten den gleichen Standard an medizinischer Versorgung und wurden auf einer Stroke Unit und mit früher stationärer Rehabilitation behandelt (vgl. Lundström et al. 2010, S. 5f.). Die Studie berichtet von einem 4-fachen Anstieg der direkten Kosten für Patienten mit Schlaganfall mit Spastik im Vergleich zu Patienten mit Schlaganfall ohne Spastik.

Würden die zusätzlich für die Krankenkasse anfallenden Kosten zur Finanzierung der ambulante Behandlung zur Sekundärprävention in Höhe von 816,16 € auf die Prävention von Spastik angerechnet werden, könnten für jeden von Spastik betroffenen Schlaganfallpatienten bereits im ersten Jahr nach Schlaganfall bis zu 57.209 € eingespart werden. Selbst wenn „nur“ bis zu 40% der Schlaganfallpatienten nachfolgend von Spastik bedroht sind, würde es sich volkswirtschaftlich lohnen, für sämtliche Schlaganfallpatienten eine Sekundärprävention anzubieten. Ein Großteil der Kosten könnte bereits vermieden werden, indem sich nachfolgende stationäre Aufenthalte vermeiden bzw. reduzieren lassen. Bis heute erfolgen nach Abschluss der stationären Behandlung und der stationären Rehabilitation keine weiteren Maßnahmen zur Sekundärprävention.

Schwierigkeiten bei der Ausarbeitung des Themas ergaben sich durch die noch zwiespältige Einstellung der beteiligten Stakeholder bezüglich einer qualitätsorientierten

Vergütung. Auf Seiten der Versorger wird eine vorsichtige Herangehensweise an das Thema favorisiert, die Krankenkassen stehen der Entwicklung offener gegenüber. Die Weitergabe von Daten wird aufgrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen noch vorsichtig gehandhabt. Aus diesen Gründen musste die Ausarbeitung des Themas an mehreren Stellen verändert werden. Zudem zeigte sich als besondere Schwierigkeit, dass die Mitarbeiter im Gesundheitswesen unter hohem Zeitdruck stehen, deshalb eine Auseinandersetzung über das Thema vielfach kaum möglich war. Bei den erhobenen Daten für stationäre Schlaganfallpatienten konnte aufgrund der zur Verfügung gestellten Datengrundlage nicht zwischen Erst- und Folgeschlaganfällen unterschieden werden. Deshalb kann es sich bei einigen der erfassten Daten bereits um Folgefälle, beziehungsweise um zwei Fälle des gleichen Patienten handeln. Bei den ambulanten Daten musste an mehreren Stellen auf Schätzwerte zurückgegriffen werden. Weiteres Problem war, dass die Daten nicht einheitlich erhoben wurden. Sowohl der Umfang der Kodierung sowie die Einschätzung der nachfolgenden Art der Entlassung in Reha-Stufe B oder Reha-Stufe C und D wurden unterschiedlich gehandhabt. Somit wäre es ein weiteres Ziel, eine einheitliche Vorgehensweise der Dokumentation für gleiche bzw. ähnliche Fachbereiche sowie für die in zukünftigen Zentren zusammenarbeitenden Bereiche festzulegen.

Zur Umsetzung einer Krankenhausreform wurden von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe mehrere Eckpunkte für eine Neugestaltung der Klinikfinanzierung, eine Strukturanpassung des Krankenhausnetzes sowie zur Umsetzung von mehr Qualitätstransparenz ausgearbeitet. Eingeführt werden soll eine dritte Säule in der Finanzierung des stationären Sektors. Für gute Qualität soll es künftig Zuschläge, für schlechte Qualität hingegen Abschläge geben. Zusätzliche Vorhaltemittel sollen für wichtige Infrastrukturen, beispielsweise für spezialisierte Zentren bereitgestellt werden (vgl. Deutsches Ärzteblatt, Dez. 2014).

Für vier noch festzulegende, planbare Leistungen sollen die Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern Qualitätsverträge abschließen, darüber eine qualitätsorientierte Vergütung prüfen und inwieweit sich durch die Vereinbarung von Qualitätsanreizen eine höherwertige Qualität der Versorgung erreichen lässt. Viele Krankenhäuser sind bereits an den Öffnungsklauseln für entsprechende Entgeltverhandlungen und einer qualitätsorientierten Preisdifferenzierung interessiert und würden gerne entsprechende Pilotprojekte mit den Krankenkassen auf den Weg bringen. Darüber sollen Qualitätsindikatoren getestet und unter Beweis gestellt werden. Das Thema Qualität soll „mehr Aufwind“ erhalten.

Zur Festlegung der Qualitätsindikatoren müssen valide und mit nur geringem Aufwand realisierbare Indikatoren gewählt und zuvor auf ihre Eignung hin überprüft werden. Ergebnisindikatoren sollten Vorrang vor anderen Indikatoren haben, da sie auf eine Verbesserung der Versorgungsergebnisse beim Patienten abzielen können (vgl. BQS-Institut 2012, Teil C, S. C9f.). Verbesserte Prozesse, abgebildet durch Prozessindikatoren, bieten hingegen eine sichere Grundlage für die später gemessene gute Ergebnisqualität. Viele Projekte arbeiten gleichzeitig mit nicht-finanziellen Anreizen. Das aufwändigere P4P-Instrument sollte erst dann gewählt werden, wenn die Möglichkeiten der anderen Instrumente ausgeschöpft sind (vgl. BQS-Institut 2012, Teil A, S. A13). Kostenrelevante Ereignisse, wie die Vermeidung von stationärer Aufnahme und Wiederaufnahme, Remissionszeiten oder Zeiten bis zur Reintegration in das Arbeitsleben könnten als Qualitätsindikator dienen und gemessen werden, durch Finanzierung des Mehraufwands kann der Wandel von Versorgungsstrukturen unterstützt werden.

Ziel der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) ist die Sicherstellung und Weiterentwicklung eines hohen Standards in der medizinischen Behandlungsqualität. Zur Identifikation von Verbesserungsbedarf und als Grundlage für eine aktive Qualitätsverbesserung erfolgt die Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten. Das Etablieren einer offenen Fehlerkultur ist Voraussetzung für die Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses. Durch transparent gemachte Ergebnisse soll die Motivation zur Verbesserung gefördert werden (vgl. IQM 2014, Startseite). Durch den DMAIC-Zyklus kann die IQM-Methodik in die Abläufe des Qualitätsmanagements eines Krankenhauses integriert werden.

Das QSR-Verfahren misst ebenso die Langzeitqualität von Krankenhäusern (vgl. Günsther et al. 5/2008, S. 507). Datengrundlage bilden auch hier die bundesweiten Abrechnungsdaten gemäß §301 SGBV. Daten bezüglich der Ergebnisqualität werden dem Krankenhaus zugeordnet, das den Patienten zuerst stationär versorgt hat. Ermöglicht werden soll eine risikoadjustierte Messung von Ergebnisqualität über einen längeren Zeitraum hinweg, beispielsweise der Ein-Jahres-Sterblichkeitsquoten. Die Risikoadjustierung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren sowie die angemessene Anpassung der Mindeststandards dienen der Vergleichbarkeit und der Vermeidung von Patienten- und Maßnahmenselktionen. Kritischster Erfolgsfaktor von P4P ist die Akzeptanz bei den Versorgern und die Bedeutsamkeit des finanziellen Anreizes, in Bezug zum Aufwand und gegebenenfalls zum Risiko von Abschlägen. Probleme zeigen sich zum

heutigen Zeitpunkt, da sich das erstbehandelnde Krankenhaus nicht automatisch auch für die weiterführende Behandlung des Patienten verantwortlich fühlt.

Chronische Erkrankungen zählen zu den großen Kostentreibern des Gesundheitssystems. Sie erzeugen hohe Kosten für Arzneimittel, Arztbesuche und Hospitalisierungen. Im Bereich von chronischen Krankheiten sind Ergebnisse häufig erst langfristig beurteilbar. Zwischen den stationären Leistungserbringern findet sich hingegen ein Qualitätsgefälle. Eine neue Versorgungslösung für chronische Krankheiten könnte großen Nutzen bei den oftmals massiv beeinträchtigten Patienten stiften und langfristig zur Reduktion der krankheitsbezogenen Gesundheitsausgaben beitragen. Eine P4P-Vergütung könnte die Finanzierung und Weiterentwicklung von Projekten fördern, deren Auswirkungen erst zu einem späteren Zeitpunkt und in einem anderen Sektor deutlich werden. Die höhere Vergütung bietet Anreize für die Umsetzung von Prävention, von Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. Sie kann der Finanzierung von neuen Versorgungskonzepten und zusätzlichen Leistungen dienen. Kriterien zur Auswahl zukünftiger Versorgungsbereiche können Schwerpunktthemen, hohe Fallzahlen, die medizinische Relevanz und Indikationen mit hohen Umsätzen oder höheren Kosten als im GKV-Durchschnitt sein. Marketingstrategische Gründe und Konkurrenzsituationen können weitere ausschlaggebende Faktoren darstellen (vgl. Seeger 2013, S. 187).

7.2 Ausblick

P4P könnte zukünftig genutzt werden, um Investitionen des Krankenhauses, zur weiteren Qualitätsverbesserung und darüber Kosteneinsparung, zu ermöglichen. Wer trägt die Kosten für die Investition, wenn sie durch Gewinne nicht entsprechend gegengerechnet werden kann, da sich Kosteneinsparungen erst zu einem späteren Zeitpunkt und auf Seiten der Pflegekasse oder des Rentenversicherungsträgers zeigen? Als erster Schritt sollte eine gemeinsame Grundlage für alle Krankenhäuser geschaffen werden, um darüber zukünftige Qualitätsverbesserungen bewirken zu können. Ein Bonus kann für den Ausbau der IT-Systeme, Aufbau von Versorgungsnetzen, Implementierung von Qualitätsmesssystemen und der Ausstattung mit einer ausreichenden Anzahl von Personal verwendet werden. Das Krankenhaus, das die Kosten zur Implementierung der Investition tragen muss, diese jedoch positive finanzielle Auswirkungen auf die gesamte Kette der nachfolgenden

Stakeholder haben wird, erhält im heutigen System keine entsprechende Refinanzierung dieser Investition. Dieses sollte im einjährigen Verlauf anhand der ermittelten Daten überprüft werden. Investitionen könnten die Implementierung des AmbulanzPartner-Modelles für schwer erkrankte Patienten, den Erhalt der STEMO-Einsatzwagen, telemedizinische Maßnahmen oder Prozessverbesserungen zur Primär- und Sekundärprävention umfassen. Die einzelne Leistung könnte nach DRG und EBM refinanziert werden. Unterstützend sollten Systeme zur Qualitätssicherung und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung implementiert werden. Zu Beginn des integrierten Versorgungskonzeptes könnten jedoch höhere Kosten als vorher anfallen.

Die IQM/QSR-Methodik könnte vergütungsrelevant werden, indem der Messbereich durch spezifische Indikatoren erweitert und durch ein gewichtetes Punktesystem mit Blick auf das angestrebte Resultat für das Gesamtsystem bewertet wird. Ein aggregierter risikoadjustierter Gesamt-Score könnte als „vorausschauender Indikator“ die Ergebnisverbesserung bewerten und in Relation zu den heute entstehenden Folgekosten gesetzt werden. Zugrunde gelegte Zielwerte können den Daten des statistischen Bundesamtes, der wissenschaftlich relevanten Literatur sowie den Qualitätsmessungen der Fachgremien entnommen und entsprechend risikoadjustiert werden. Die Höhe der Rückvergütung sollte den Versorgern zugutekommen, die zu dem Ergebnis wesentlich beigetragen haben. Auch zukünftig könnten kostenintensivere Investitionen zur Qualitätsverbesserung und langfristigen Kostensenkung umgesetzt werden. Langfristig gesehen könnten hohe Kosten im Besonderen in der Pflege- und Rentenversicherung eingespart werden, da Krankenhäuser die Weichen für langfristige Prozessverbesserungen stellen können. Durch das umfangreiche gebündelte medizinische Fachwissen sind sie die Triebfeder für zukünftige Prozessverbesserungen.

Zusätzliche Kosten, Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen müssen transparent gemacht und nachweisbar sein. Sie können auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichem Maße zum Tragen kommen. Um Rückzahlungen bewirken zu können, ist die Ergebnisbewertung auf Grundlage von Prozess- und Ergebnisindikatoren Voraussetzung. Das Krankenhaus erhält eine wichtige Steuerungsfunktion über den Jahresverlauf hinweg. Behandlungsergebnisse, auch im Rahmen der ambulanten Versorgung, der Rehamassnahme, der Pflege oder des Aufenthaltes in einem anderen Krankenhaus müssen allen beteiligten Versorgern zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Wesentlich wird die gemeinsame Absprache und Versorgungssteuerung nach einem Modell. Die Kontrolle der Indikatorentwicklung könnte anhand des DMAIC-Zyklus erfolgen.

Der Einsatz von Investitionen bewirkt zusätzliche Kosten, um darüber zur Verbesserung des Endergebnisses beitragen zu können. Diese müssen vom Krankenhaus selber getragen werden. Das Ergebnis würde erstmals nach einem Jahr ausgewertet werden. Sinnvoll wäre auch eine spätere Bewertung beispielsweise nach 2-3 Jahren. Da die Krankenhäuser auf eine möglichst frühzeitige Rückvergütung angewiesen sind, um weitere Investitionen zu ermöglichen und einen dynamischen Entwicklungsprozess zu fördern, sollte eine frühzeitige Rückvergütung (oder Umverteilung) erfolgen. Nachweisbar eingespart werden könnten Rettungsstellenbesuche, ungeplante Krankenhausaufenthalte, Aufwände durch zusätzliche Diagnosen sowie Medikamentenkosten. P4P-Modelle sollten sich zukünftig aus sich selber heraus tragen können. Ziel der Gesundheitspolitik muss es sein, die Qualität der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen.

Um die Qualität im Krankenhaus gerade im Rahmen einer qualitätsorientierten Vergütung nachhaltig verbessern zu können, muss es Grundvoraussetzung sein, den unmittelbar am Patienten arbeitenden Berufsgruppen eine angemessene Zeit für die Therapie zur Verfügung zu stellen. Ein hoher Stressfaktor wird eine hohe Fehleranfälligkeit erzeugen. Qualität bedeutet auch, auf die Individualität eines Patienten während der Therapie einzugehen und gegebenenfalls dafür mehr Zeit zu benötigen (vgl. Dänzer 2014, S. 553). Schwierigkeiten einer qualitätsorientierten Vergütung der Krankenhäuser bestehen in der Bestimmung von Qualität. Im Besonderen, wenn diese zum Anlass genommen wird, Konsequenzen aus dem Ergebnis zu ziehen. Es muss definiert werden, anhand welcher Indikatoren die Strukturqualität, Prozessqualität oder der medizinische Outcome eindeutig bestimmt werden können. Die Compliance des Patienten spielt ebenso eine wesentliche Rolle. Die Gefahr besteht, dass Qualitätsdaten so interpretierbar sind, dass es relativ leicht ist, Abschlagen zu entgehen. Alle Kliniken befänden sich auf Basis dieser Qualitätsdaten am Ende „in einem relativ schmalen Korridor“ (vgl. Dänzer 2014, S. 562). Das Ergebnis einer Einführung von Pay-for-Performance durch Medicare in den USA zeigte, dass die differenzierende Vergütung der Krankenhäuser letztendlich nur unter 1 % lag.

Ein weiteres Problem zeigt sich bei der Zusammenfassung von stationären und ambulanten Daten der Qualitätssicherung, da diese unter völlig unterschiedlichen Voraussetzungen

erhoben worden sind. Benötigt wird eine einheitliche, sektorenübergreifende Sicht. Weltweit besteht das Problem, dass das zu messende Outcome sich am Ende vielleicht nur über weiche, für den Patient gut nachvollziehbare Parameter bestimmen lassen könnte (sogenannte Wohlfühl- und Surrogatparameter). Da Medizin ein dynamischer Prozess ist, muss eine Qualitätsdiskussion nachvollziehbar, sich an Fakten orientieren und flexibel genug sein, um auf Veränderungen reagieren zu können (vgl. Dänzer 2014, S. 554). Zielführend könnte es sein, nur in ausgesuchten Versorgungsbereichen die Qualitätsentwicklung durch finanzielle Anreize zu unterstützen (vgl. Veit 2014, S. 551). Die Bereitschaft zur Qualitätsentwicklung, der Etablierung einer offenen Qualitäts- und Fehlerkultur sowie die Umsetzung eines aktiven Fehlermanagements wird zukünftig vergütungsrelevant werden und kann wichtige Qualitätsdaten zur Weiterentwicklung zukünftiger Qualitätsindikatoren zur Verfügung stellen.

Eine mögliche Definition von Qualität der in Praxen und Kliniken erbrachten Leistungen beschreibt diese als „die Gesamtheit der Merkmale und Merkmalswerte eines Produktes oder einer Dienstleistung, bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (Deutsche Norm DIN 53350, Internationale Norm ISO 8402, European Organisation for Quality Control (EOQC), American Society for Quality Control (ASQC). In: Carels, Pirk 2005, S. 193).

Erst nachdem festgelegte Kriterien und objektive Standards erstellt worden sind, kann eine Messung von Qualität erfolgen und eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität vorgenommen werden (vgl. Carels, Pirk 2005, S. 193f.) Die Qualität der Leistungen ist abhängig von der Kompetenz, Einstellung, Qualifikation und Weiterbildung der Mitarbeiter (Strukturqualität), vom Ablauf des Diagnose- und Behandlungsprozesses (Prozessqualität) und der Wirksamkeit der Maßnahmen, sowie der Heilung oder Besserung des Krankheitszustandes (Ergebnisqualität). Eine Qualitätsbeurteilung des Patienten beruht immer auf seiner subjektiven Wahrnehmung, der subjektiv verarbeiteten Information und wird entsprechend nach subjektiven Kriterien vorgenommen. Jeder Patient legt für sich selbst ein individuelles, auf persönlichen Erwartungen und Ansprüchen beruhendes Qualitätsniveau fest. Subjektive und objektive Qualitätsniveaus werden grundsätzlich durch die gleichen Kriterien geprägt. Die subjektiven Ansprüche des Patienten sollten ebenso in messbare Kriterien umgewandelt werden. Prozesse sollten wesentlich von den Bedürfnissen des Patienten mit gesteuert werden. Durch den Blick auf das Ganze werden

gemeinsame Ziele und damit anzustrebende Ergebnisse deutlich. Voraussetzung ist die hohe Transparenz über die einzelnen Prozesse.

Die zielgerichtete Umsetzung einer qualitätsorientierten Vergütung (Pay for Performance) könnte die Entwicklung eines aktiven Qualitätsverständnisses fördern und die Bedeutung der Qualitätssicherung stärken. Sinn einer Qualitätssicherung muss es sein, die Gesundheitsversorgung zu verbessern und verlässliche Qualitätsdaten zu erheben, um im eigenen Verantwortungsbereich sowie in angrenzenden Sektoren Probleme erkennen und gemeinsam aus Fehlern lernen zu können. Vorrangige Ziele der Gesundheitspolitik lagen auf der Finanzierung, bezahlt wurde die Menge und nicht die Qualität. DRGs förderten neben der hohen Transparenz ebenso Mengenanreize und einen „sektoralen Egoismus“ (vgl. Schrappe 2014, Hoher Standard zahlt sich aus). Zukünftige Finanzierungsmodelle sollten die integrative Gesamtversorgung unterstützen, die Politik einen Rahmen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems vorgeben.

Aktuelle Anforderungen an die Krankenhäuser beziehen sich im Besonderen auf die Versorgung älterer Menschen, die unter mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Obgleich sich die Transparenz von Qualitätsinformationen in den vergangenen Jahren deutlich verbessert hat, bezieht sich die Qualitätssicherung nicht auf die Behandlung und Koordination von chronischen Erkrankungen. Patienten wünschen sich mehr Information zur postoperativen Schmerztherapie, zur Informationsweitergabe und zum Besuch durch eine Pflegekraft oder den Hausarzt nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus. Eine neuausgerichtete Qualitätssicherung müsste dem zukünftigen Krankheitspektrum entsprechen und die Integration des in Sektoren aufgeteilten Systems fördern (vgl. Schrappe 2014, Hoher Standard zahlt sich aus).

Ziel einer Gesundheitspolitik muss es sein, die Qualität der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen. Sie muss die Richtung vorgeben, strategische Ziele setzen und potentielle negative Auswirkungen kontrollieren. Zukünftige Konzepte sollten die Versorgung von chronischen Mehrfacherkrankungen und deren Prävention berücksichtigen. Aktiv gefördert werden sollte eine strukturelle Weiterentwicklung des Gesundheitssystems durch verbesserte Integration und Koordination und unter Beachtung von Behandlungsprozessen. Weiterentwickelte Area-Indikatoren könnten nachfolgend zu internationalen Vergleichen herangezogen werden (vgl. Schrappe 2014, S. 2ff.). Eine sektorenübergreifende Planung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung sollte

zukünftig einen Teil der Gesamtvergütung für die ambulante und stationäre Versorgung ausschließlich für sektorenübergreifende, regionale und auf die Bevölkerungspopulation abgestellte qualitätsgesicherte Versorgungskonzepte zur Verfügung stellen.

Literaturverzeichnis

Amelung, V.E. (2010): Neue Versorgungsformen als Strategie zur Effizienz- und Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen. In: Amelung, V. E., Bergmann, F., Falkai, P. et al. (Hrsg.) Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2010.

Amelung, V.E. (2009): Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. In: Amelung, V.E., Deimel, D., Reuter, W., Van Rooij, N., Weatherly, J.N. (Hrsg.) Managed Care in Europa. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2009.

Amelung, V.E., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R., Weatherly, J. (2006): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zu Umsetzung. Berlin 2006.

Arbeitspapier der GVG 2005 (2010): Ziele und Indikatoren zur Offenen Methode der Koordinierung im Bereich Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege. Arbeitsgruppe OMK des EU-Ausschusses der GVG. In: EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hrsg.) nanos Verlag. Köln 2010.

Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N., Veltkamp, C. (2014): Titel. Prospektive Ausrichtung. Die gegenwärtige Form der Krankenhausplanung hat ausgedient. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. Ausgabe 12/1. Dez.2014/Jan. 2015. 31./32. Jahrgang. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. Melsungen 2014/15.

Back, T., Schaeg, M., Back, C., Epifanov, Y., et al. (2004): Der Nervenarzt 2004, Online-Publikation, 10.06.04, Springer-Verlag 2004.

BDPK - Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (2013): Nachrichten des BDPK. Steigende Patientenzahlen erhöhen Kostendruck. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. 1. Ausgabe. Januar/Februar 2013. 30. Jahrgang. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. Melsungen 2013.

Beivers, A., Minartz, C. (2010): Praktische und strategische Erlössicherung im MVZ. In: Hellmann, W. et al. (Hrsg.) Medizinische Versorgungszentren erfolgreich führen und weiterentwickeln. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2010.

Bibliomed Newsletter (2014): 13. Nationales DRG-Forum: Die Zeit drängt. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. Melsungen Februar 2014.

Broge, B. (2010): Entwicklung von Indikatoren für Medizinische Versorgungszentren: Darstellung der Pilotstudie. Qualitätsindikatoren. In: Grote Westrick, M., Schwenk, U. (2010): Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen. Qualitätsindikatoren für Medizinische Versorgungszentren. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2010.

Brunner, H., Furmaniak, A. (2009): Ethik und Ökonomie in der Medizin. Einführung. In: Lauterbach K. W., Stock S., Brunner, H. (Hrsg.) Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. 2. Auflage. Huber Verlag. Bern 2009.

Bürger, C. (2003): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. In: Braun, G. E., Selbmann, H.-K. (Hrsg.): Gesundheits- und Qualitätsmanagement. Gabler Edition Wissenschaft. Gabler Verlag. Wiesbaden 2003.

Bundesverband Managed Care e.V. (2003): Stellungnahme für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages vom 23.06.2003. Berlin 2003.

Burkhardt, J. (2009): Technische Kommunikation und ihre institutionellen Voraussetzungen - korrespondierende Strukturen für ein erfolgreiches integriertes Versorgungsmanagement. In: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.) Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2009.

Carels, J., Pirk, O. (2005): Springer Wörterbuch Gesundheitswesen. Public Health von A-Z. 2. Aufl. Springer Verlag. Berlin Heidelberg 2005.

Dänzer, A. (2014): Vorsicht, Gletscherspalte! Politik & Meinung. In: f&w. führen und wirtschaften im Krankenhaus. Heft Nr. 6. 31. Jahrgang. Juni 2014. Bibliomed-Verlag. Melsungen Berlin 2014.

Debatin, J. F., Terrahe, M. (2009): Wachstum durch Innovation im DRG-Zeitalter. In: Rau, F., Roeder, N., Hensen, P. (Hrsg.) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2009.

DIN EN ISO 9001:2008: Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen (ISO 9001:2008). DIN – Deutsches Institut für Normung. Beuth Verlag. Berlin.

Drösler, S., Scheidt-Nave, C. (2010): Indikatoren zur Messung von Qualität in der Gesundheitsversorgung: das Beispiel OECD. In: EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) nanos Verlag. Köln 2010.

Egle, M., Kobylinski, C., Martin, J., Schröder, S. (2011): Peer Review beim Schlaganfall in der Klinik am Eichert 2010. In: Kuhlen, R., Rink, O., Zacher, J. (Hrsg.): Jahrbuch der Qualitätsmedizin 2011. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2011.

Eichenhofer, E. (2010): OMK und Sozialpolitik der Mitgliedstaaten. In: EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) nanos Verlag. Köln 2010.

Ekkernkamp, A., Jakolow-Standke, A. (2010): IQM – ein Qualitätsmanagement-Verfahren unter vielen? In: Kuhlen, R., Rink, O., Zacher, J. (Hrsg.): Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2010.

Emmert, M. (2008): Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen. Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung? HERZ, Health-Economics-Research-Zentrum. Burgdorf 2008.

Focke, A., Höppner, K., Schillo, S., Hessel, F., Schulz, S., Wasern, J. (2005): Evaluation der Integrierten Versorgung aus ökonomischer Perspektive. In: Badura, B., Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsforschung. Bern 2005.

Gabriel, M. (2007): Vergaberechtliche Vorgaben beim Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht. Heft 7. München 2007.

Garre, P., Schliemann, B., Schönbach, K.-H. (2015): Reform und –bedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhausreport 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Schattauer Verlag. Stuttgart 2015.

Geissler, A., Quentin, W., Scheller-Kreinsen, D., Busse, R. (2011a): Introduction to DRGs in Europe. Common objectives across different hospital systems. In: Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (Hrsg.): Diagnosis-related groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press. Maidenhead. 9-21.

Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D., Quentin, W., Busse, R. (2011b): Germany: Understanding G-DRGs. In: Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (Hrsg.): Diagnosis-related groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press. Maidenhead. 243-272.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2010): Offene Methode der Koordinierung für Gesundheit und Langzeitpflege – Stellungnahme des EU-Ausschusses der GVG vom 3.12.2009. In: EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) nanos Verlag. Köln 2010.

Goedreis, K. (2009): Einfluss auf die Versorgungslandschaft. In: Rau, F., Roeder, N., Hensen, P. (Hrsg.) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2009.

Greiner, W., Dörries, M., Leppert, F. (2013): Sanfter Druck. Titel. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. 1. Ausgabe. Jan./Feb. 2013. 30. Jahrgang. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. Melsungen 2013.

Greiner, W. (2000): Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen. In: Schöffski, O., Schulenburg, Graf v. d., J.-M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg, New York 2000.

Grote Westrick, M. (2010/I): Versorgungsqualität durch Koordination und Kooperation steigern. In: Grote Westrick, M., Schwenk, U. (2010): Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen. Qualitätsindikatoren für Medizinische Versorgungszentren. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2010.

Grote Westrick, M. (2010/II): Das Projekt „Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen“. In: Grote Westrick, M., Schwenk, U. (2010): Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen. Qualitätsindikatoren für Medizinische Versorgungszentren. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2010.

Günsther, C., Heller, G., Mansky, T., Nimptsch, U. (2008): Wie lange hält das künstliche Hüftgelenk? In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 5/2008. S. 507. In: Keller, T. (2011): Der „pay for performance“-Ansatz. Ein Weg zu mehr Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit im deutschen Krankenhauswesen. Diplomica Verlag GmbH. Hamburg 2011.

Gundlach, C., Jochem, R. (2008): Six Sigma – kontinuierliche Verbesserung mit Methode. In: Gundlach, C., Jochem, R. (Hrsg.): Praxishandbuch Six Sigma. Fehler vermeiden, Prozesse verbessern, Kosten senken. Symposion Publishing GmbH. Düsseldorf 2008.

Heidenwag, D., Kuhn, B., Mendel, A. (2014): Vernetzung erwünscht. Titel. Krankenhaus. In: Gesundheitswirtschaft. Heft Nr. 3. 8. Jahrgang. Juni/Juli 2014. Bibliomed-Verlag. Melsungen Berlin 2014.

Hellmann, W. (2010): Klinische Pfade und Behandlungspfade – Einführung und Überblick. In: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.) Ambulante und Sektorenübergreifende

Behandlungspfade. Konzepte – Umsetzung - Praxisbeispiele. Medizinisch
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2010.

Helms, T. M., Schoene, A. (2013): Mit Telemedizin im Vorteil. Titel. In: f&w führen
und wirtschaften im Krankenhaus. 1. Ausgabe. Jan./Feb. 2013. 30. Jahrgang. Bibliomed
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. Melsungen 2013.

Henke, K.-D. (2014): Gesundheitswirtschaft einschließlich Finanzierung. In: Bührlen, B.,
Hegemann, T., Henke, K.-D., Kloepfer, A., Reiß, T., Schwartz, F. W. (2014): Gesundheit
neu denken. Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen. Fraunhofer-
Institut für System- und Innovationsforschung ISI. Fraunhofer Verlag. 2. unveränderte
Auflage. Stuttgart 2014.

Heyder, R. (2015): Die Bedeutung der Universitätskliniken in der regionalen und
überregionalen Versorgung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.):
Krankenhausreport 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Schattauer Verlag. Stuttgart 2015.

Hildebrandt, H., Richter-Reichhelm, M., Trojan, A., Glaeske, G., Hesselmann, H. (2009):
Die Hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen
und der Bedarf für Systemlösungen. In: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für
Sozialpolitik. Jahrgang 58/2009. Heft 7. Hrsg.: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V.
Duncker & Humblot Verlag. Berlin 2009.

Hirschmüller, A.-K. (2010): Rechtsrelevante Aspekte für MVZ. In: Hellmann, W. et al.
(Hrsg.) Medizinische Versorgungszentren erfolgreich führen und weiterentwickeln.
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2010.

Hoffmann, B., Jonitz, G. (2014): Sicherheitskultur und Berichts- und Lernsysteme. In:
Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2014.
Schwerpunkt: Patientensicherheit. Schattauer Verlag. Stuttgart 2014.

IGV-Vertrag Migräne, Westdeutsches Kopfschmerzzentrum – KKH (2005): Vertrag zur
Integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) zwischen der Universitätsklinikum Klinik
und Poliklinik für Neurologie (Westdeutsches Kopfschmerzzentrum) und der KKH – Die
Kaufmännische. Essen 2005.

Ilgner, S., Slowik, M. (2014): Ein neuer Weg. Titel. Krankenversicherung & USA. Accountable Care Organizations sind ein Herzstück in der Neuausrichtung des amerikanischen Gesundheitssystems. In: Gesundheitswirtschaft. Heft Nr. 3. 8. Jahrgang. Juni/Juli 2014. Bibliomed-Verlag. Melsungen Berlin 2014.

Charité (2011): World Health Summit – Wir brauchen ein Bündnis für Gesundheit. World Health Summit Press Office. Berlin 2011.

Jochem, R., Geers, D., Rössle, D. (2011a): Der DMAIC-Zyklus. In: Jochem, R., Geers, D., Giebel, M. (Hrsg.): Six Sigma leicht gemacht. Ein Lehrbuch mit Musterprojekt für den Praxiserfolg. Symposion Publishing GmbH. Düsseldorf 2011.

Jochem, R., Geers, D., Rössle, D., Giebel, M. (2011b): Six Sigma im Überblick. In: Jochem, R., Geers, D., Giebel, M. (Hrsg.): Six Sigma leicht gemacht. Ein Lehrbuch mit Musterprojekt für den Praxiserfolg. Symposion Publishing GmbH. Düsseldorf 2011.

Kamiske, G.F., Brauer, J. (2011): Qualitätsmanagement von A bis Z. Wichtige Begriffe des Qualitätsmanagements und ihre Bedeutung. 7., aktualisierte und erweiterte Auflage. Carl Hanser Verlag. München 2011.

Keller, T. (2011): Der „pay for performance“-Ansatz. Ein Weg zu mehr Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit im deutschen Krankenhauswesen. Diplomica Verlag GmbH. Hamburg 2011.

Kessner, D., Kalk, C., Singer, J. (1973): Assessing health quality – the case for racers. New England Journal of Medicine 288(4): 189-194.

Kirch, W., Badura, B. (2006): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses. Dresden. 1./2.12.2005. Springer Medizin Verlag. Heidelberg 2006.

Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (2008): Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Bonn 2008.

Kloepfer, A. (2014): Gesundheitlicher und demografischer Wandel. In: Bührlen, B., Hegemann, T., Henke, K.-D., Kloepfer, A., Reiß, T., Schwartz, F. W. (2014): Gesundheit

neu denken. Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen. Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI. Fraunhofer Verlag. 2. unveränderte Auflage. Stuttgart 2014.

Koch, S. (2011): Einführung in das Management von Geschäftsprozessen. Six Sigma, Kaizen und TQM. Springer Verlag. Berlin 2011.

Kohl, D., Röhrig, G. (2011a): Define – Start eines Six-Sigma-Projekts. In: Jochem, R., Geers, D., Giebel, M. (Hrsg.): Six Sigma leicht gemacht. Ein Lehrbuch mit Musterprojekt für den Praxiserfolg. Symposion Publishing GmbH. Düsseldorf 2011.

Kohl, D., Röhrig, G. (2011b): Measure – Ermittlung des Status quo. In: Jochem, R., Geers, D., Giebel, M. (Hrsg.): Six Sigma leicht gemacht. Ein Lehrbuch mit Musterprojekt für den Praxiserfolg. Symposion Publishing GmbH. Düsseldorf 2011.

Kohl, D., Röhrig, G. (2011c): Control – Nachhaltigkeit als oberstes Ziel. In: Jochem, R., Geers, D., Giebel, M. (Hrsg.): Six Sigma leicht gemacht. Ein Lehrbuch mit Musterprojekt für den Praxiserfolg. Symposion Publishing GmbH. Düsseldorf 2011.

Landrigan, CP., Parry, GJ., Bones, CB., Hackbarth, AD., Goldmann, DA., Sharek, PJ. (2010): Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care. In: The New England Journal of Medicine (363).

Lauerer, M., Emmert, M., Schöffski, O. (2013): Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Ein systematisches Review. Das Gesundheitswesen. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart New York 2013.

Leber, W.-D., GKV-Spitzenverband (2010): § 115x: Spezialärztliche Versorgung. Ein Reformprojekt ab 2011. In: f & w. führen & wirtschaften im Krankenhaus. Ausgabe Nr. 6. November/Dezember 2010. 27. Jahrgang. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft. Melsungen 2010.

Leclerque, G., Klauber, J. (2010): Einführung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Schattauer Verlag. Stuttgart 2010.

- Lüngen, M., Rath, T. (2010): Ambulante Öffnung der Krankenhäuser. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Schattauer Verlag. Stuttgart 2010.
- Magnussen, K., Kroslid, D., Bergmann, B. (2004): Six Sigma umsetzen. Die neue Qualitätsstrategie für Unternehmen. Carl Hanser Verlag GmbH & Co.KG. München Wien 2004.
- Mansky, T. (2010): Qualitätsorientierte Vergütung: Was wäre machbar? Neue Entwicklungen bei der Messung der Ergebnisqualität eröffnen neue Optionen in der qualitätsorientierten Vergütung. Chirurg (BDC 1).6-9.
- Mansky, T., Nimptsch, U. (2014): Wirksamkeit eines indikatorenbasierten Qualitätsmanagementsystems. In: Jonitz, G., Mansky, T., Scriba, P.C., Selbmann, H.K. (Hrsg.): Ergebnisverbesserung durch Qualitätsmanagement. Bd. 8. Deutscher Ärzteverlag (Report Versorgungsforschung). Köln 2014.
- Mansky, T., Nimptsch, U. (2013): Kennzahlengestütztes ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: Debatin, J.F., Ekkernkamp, A., Schulte, B., Tecklenburg, A. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2013.
- Mansky, T., Nimptsch, U., Winklmaier, C., Hellerhoff, F. (2013): G-IQI: German Inpatient Quality Indicators. Version 4.0. Band 3: Erläuterungen und Definitionshandbuch für das Datenjahr 2013. 3 Bände. Universitätsverlag der TU Berlin. Berlin 2013.
- Mansky, T., Seeger, D.G. (2011): Gestaltung einer qualitätsorientierten Vergütung aus betriebswirtschaftlicher Sicht. In: Repschläger, U. (Hrsg.): Barmer Gesundheitswesen aktuell 2011. Beiträge und Analysen. S. 194-215. Barmer GEK. Wuppertal 2011.
- Meterko, M., Young, G.J., White, B., Bokhour, B.G., Burgess, J.F., Jr., Berlowitz, D., Guldin, M.R., Nealon, S.M. (2006): Provider attitudes toward pay-for-performance programs: development and validation of a measurement instrument. Health Serv Res 2006; 41(5): 1959-1978.

Meyer, T., Grosskreutz, J., Münch, C., Maier, A., Meyer, R., Kettemann, D., Grehl, T. (2013): AmbulanzPartner – multiprofessionelles und internetunterstütztes Versorgungsmanagement bei der ALS. AmbulanzPartner – Health-Care Management Programme for ALS. Neurologische Klinik, Campus Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin. Hans Berger Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Jena. Neurologische Klinik, Berufsgenossenschaftliche Universitätsklinik Bergmannsheil, Ruhr-Universität Bochum. Klin Neurophysiol 2013; 44: 159-166. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart New York 2013.

Meyer-Hofmann, B., Schillhorn, K., Weng, N., Eichwald, D. (2012): Teil E zum Gutachten zur Ermittlung des nationalen Sachverständigen im Bereich „Pay-for-Performance im Gesundheitswesen“. Rechtsgutachten. Düsseldorf 2012.

Mohn, B., Schwenk, U. (2010): Vorwort. In: Grote Westrick, M., Schwenk, U. (2010): Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen. Qualitätsindikatoren für Medizinische Versorgungszentren. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2010.

Münzel, H., Zeiler, N. (2008): Weitere Formen der Leistungserbringung. In: Ambulante Leistungen in und an Krankenhäusern. Grundlagen und praktische Umsetzung. W. Kohlhammer Krankenhaus Verlag. Stuttgart 2008.

Neubauer, G., Beivers, A. (2010): Zur Situation der stationären Versorgung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Schattauer Verlag. Stuttgart 2010.

Neubauer, G., Beivers, A. (2008): Teilstationäre Versorgung – Brücke zwischen ambulanter und vollstationärer Patientenbehandlung. In: Schütze, L. (Hrsg.) Gesellschaftspolitische Kommentare. gpk 6/2008. S. 48-50. Zitiert in: Neubauer, G., Beivers, A.: Zur Situation der stationären Versorgung. Stuttgart 2010.

Neubauer, G., Gmeiner, A. (2015): Krankenhausplanung am Scheideweg. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhausreport 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Schattauer Verlag. Stuttgart 2015.

- Nimptsch, U., Mansky, T. (2014): G-IQI Version 4.0 – Messen, um zu verbessern. In: Martin, J., Rink, O., Zacher, J. (Hrsg.) Handbuch IQM. Konsequenz transparent. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2014.
- Oberender, P. (2014): Titel. Perspektiven. Ausblicke, wie Gesundheit bezahlbar bleiben kann. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. Ausgabe 12/1. Dez.2014/Jan. 2015. 31./32. Jahrgang. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. Melsungen 2014/15.
- OPS-301 (2014): Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Prozeduren in der Medizin (OPS), Hrsg. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Version 2014, Giessen 2014.
- Or, Z., Häkkinen, U. (2011): DRG and quality: For better or worse? In: Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (Hrsg.): Diagnosis-related groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press. Maidenhead. 115-129.
- Pang, T. (2011) zitiert in: Charité (2011): World Health Summit – Wir brauchen ein Bündnis für Gesundheit. World Health Summit Press Office. Berlin 2011.
- Pape, R. (2008): Evaluation und Forschung im Case Management. In: Bostelaar, R. A. (Hrsg.) Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover 2008.
- Peager, A. (2004): Innovative Vergütungssysteme und Konsequenzen aus deren Implementierung. In: Henke, K. D., Rich, R., Stolte, H. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland. Baden-Baden 2004.
- Peter, J., Eberhard, S. (2012): Entwicklungsperspektiven im Gesundheitswesen: Chancen einer Veränderung. RATUBS Nr. 3/2012. TU Braunschweig – Institut für Rechtswissenschaften. Braunschweig 2012.

Porter, M. E., Guth, C. (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Springer Gabler Verlag. Berlin Heidelberg 2012.

Porter ME (2011): Präsentation vor der Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Speaker Series (2011). In: Porter, M. E., Guth, C. (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Springer Gabler Verlag. Berlin Heidelberg 2012.

Porter, M. E. (2009): What is Value in Health Care? New England Journal of Medicine 10(1056):1-5. Siehe auch Porter, M. E. (2009): What is Value in Health Care? Institute for Strategy and Competitiveness Working Paper. April 2009.

Porter, M. E. (1999): Wettbewerbsstrategie – Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten. 10. Auflage. Frankfurt/New York 1999.

Rink, O. (2013): Das IQM-Peer-Review-Verfahren. Verbesserung der Ergebnisqualität, Strategie und Ergebnisse. In: Prävention und Gesundheitsförderung (I). Springer Verlag. Neu-Isenburg 2013.

Roeder, N. (2013): Jedes Detail zählt. Titel. DRG Research Group Universitätsklinikum Münster. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. 1. Ausgabe. Jan./Feb. 2013. 30. Jahrgang. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. Melsungen 2013.

Roeder, N. (2009): Gesundheitsökonomie, Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheitspflege – Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln 2009.

Rösler, P., Kösters, R., Pfeiffer D. (2011): Wettbewerbsregeln sollen für alle gleich sein. 10. Nationales DRG-Forum plus. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. Ausgabe Nr. 2. März/April 2011. 28. Jahrgang. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft. Melsungen 2011.

Rohn, C., Martin, J. (2014): Leitfaden für interdisziplinäre M&M-Konferenzen. In: Martin, J., Rink, O., Zacher, J. (Hrsg.): Handbuch IQM Konsequenz transparent. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2014.

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van Ginneken, E. (2010): The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition 12(1):1-229.

Schlette, S., Blum, K., Busse, R. (Hrsg.) (2009): Gesundheitspolitik in Industrieländern 13. Im Blickpunkt: Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise, Wettbewerb und Regulierung, Evaluation im Gesundheitswesen. Verlag Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2009.

Schlette, S., Blum, K., Busse, R. (Hrsg.) (2009): Gesundheitspolitik in Industrieländern 12. Im Blickpunkt: Kosten und Nutzen, Finanzierung und Steuerung, Zugang und Gerechtigkeit. Verlag Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2009.

Schramm, F. (2006): Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der Integrierten Versorgung in der Kardiologie. Clin Res Cardiol 95 (S2): ii32.doi:10.1007/s00392-006-1210-0. Springer Medizin Verlag 2006.

Schütte, M., Homscheid, D. (2010): Die Einführung einer flächendeckenden integrierten Versorgung in der Gesundheitswirtschaft – Bedingungen und Möglichkeiten. FOM-Schriftenreihe: Beiträge für die Wirtschaftspraxis, Nr. 15. Wissenschaft & Praxis. Akademie Verlag. Essen 2010.

Schuler, E., Zacher, J. (2013): Ergebnisse 2011. In: Martin, J., Rink, O., Zacher, J. (Hrsg.): Jahrbuch Qualitätsmedizin 2012. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2013.

Schulte, O. (2011): Internationale Beziehungen und Kooperationen. OMK Gesundheit und Langzeitpflege: Von Indikatoren zu quantifizierten Zielen? 17./18.06.2011. Präsenzvortrag Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). Fachbereich Wirtschaft. Masterstudiengang Management im Gesundheitswesen. Hochschule Magdeburg-Stendal. Magdeburg 2011.

Schultz, C., Svoboda, S., Labitzke, G. (2013): Alles Neu! Titel. Institut für Innovationsforschung Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. 1. Ausgabe. Jan./Feb. 2013. 30. Jahrgang. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. Melsungen 2013.

Schulz, S. (2007): Integrierte Versorgung auf dem Prüfstand – Ansätze zur Evaluation aus ökonomischer Perspektive. Marburg 2007.

Schwartz, F. W. (2014): Gesundheitspolitik. In: Bührlen, B., Hegemann, T., Henke, K.-D., Kloepfer, A., Reiß, T., Schwartz, F. W. (2014): Gesundheit neu denken. Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen. Frauenhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI. Frauenhofer Verlag. 2. unveränderte Auflage. Stuttgart 2014.

Strehl, R., Heyder, R. (2011): Die roten Zahlen vor Augen. Die Grundlohnbindung treibt die Universitätsklinik in finanzielle Nöte. In: f & w führen und wirtschaften im Krankenhaus. Ausgabe Nr. 5. September/Okttober 2011. 28. Jahrgang. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft. Melsungen 2011.

SVR (2003): Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn 2003.

Templin, F. (2011): Peer Review – eine Fallstudie und eigene Erfahrungen. In: Kuhlen, R., Rink, O., Zacher, J. (Hrsg.): Jahrbuch der Qualitätsmedizin 2011. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2011.

Thelen, J., Kroll, L. E., Ziese, T. (2010): Qualitätsaspekte europäischer Gesundheitsindikatoren am Beispiel des Indikators „Gesunde Lebensjahre“. In: EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) nanos Verlag. Köln 2010.

Töpfer, A. (2007): Six Sigma in Banken und Versicherungen. In: Töpfer, A. (Hrsg.): Six Sigma. Konzeption und Erfolgsbeispiele für praktizierte Null-Fehler-Qualität. 4. Auflage. Springer Verlag. Berlin New York 2007.

Töpfer, A., Günther, S. (2007): Six Sigma im Wirkungsverbund mit ISO 9000:2000. In: Töpfer, A. (Hrsg.): Six Sigma. Konzeption und Erfolgsbeispiele für praktizierte Null-Fehler-Qualität. 4. Auflage. Springer Verlag. Berlin New York 2007.

Toutenburg, H., Knöfel, P. (2009): Six Sigma. Methoden und Statistik für die Praxis. 2., verbesserte und erweiterte Auflage. Springer Verlag. Berlin Heidelberg 2009.

Utlar, C. (2013): Peer Review Verfahren – wie eine Klinik den Prozess erlebt. In: Martin, J., Rink, O., Zacher, J. (Hrsg.): Jahrbuch Qualitätsmedizin 2012. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2012.

Veit, C. (2014): Wettbewerbsföderalismus ersetzt P4P. Politik & Meinung. Nebendiagnosen. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. Heft Nr. 6. 31. Jahrgang. Juni 2014. Bibliomed-Verlag. Melsungen Berlin 2014.

Veit, C., Hertle, D., Bungar, S., Trümner, A., Ganske, V., Meyer-Hofmann, B. (2012): P4P-Elemente, Methoden, Umsetzung. Teil C. In: Veit, C., Hertle, D., Bungar, S., Trümner, A., Ganske, V., Meyer-Hofmann, B. (Hrsg.): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen. Sachbestandsbericht zur Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf 2012.

Völzke, T.V. (2014): Medizinisches und industrielles Qualitätsmanagement im Vergleich – Grundlegende Betrachtungen am Beispiel der IQM-Methodik und des Six-Sigma-Konzeptes. Masterarbeit Studiengang Wirtschaftsingenieurwesen. TU Berlin. Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Berlin 2014.

Von Eiff, W. (2014): Wir können viel lernen. Titel. Einführung. In: Gesundheitswirtschaft. Heft Nr. 3. 8. Jahrgang. Juni/Juli 2014. Bibliomed-Verlag. Melsungen Berlin 2014.

Wiechmann, M. (2003): Managed Care – Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem. In: Witt, D. (Hrsg.): NPO-Management. Wiesbaden 2003.

Ziegler, B., Werner, H. M. (2010): Wie Hund und Katze? Die Annäherung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung schreitet nur langsam voran. In: KU Gesundheitsmanagement. Ausgabe Nr. 7. Juli 2010. Mediengruppe Oberfranken. Buch- und Fachverlage GmbH & Co. KG. Kulmbach 2010.

Internetquellen

3M (2014): 3M Deutschland. Produkte & Service. Medizin & Gesundheit. Health Information Systems. Lösungen für Akut-Kliniken. Qualitätssicherung/-management. Qualitätsindikatoren-Sets. AHRQ-PSI-Indikatoren. Deutschland 2014.
http://solutions.3mdeutschland.de/wps/portal/3M/de_DE/3m-his/kh/loesungen-fuer-akut-kliniken/qualitaetssicherung/qualitaetsindikatoren-sets/ahrq-psi/, 21.06.14.

Ärzttekammer Berlin (2014): Ärzte. Qualitätssicherung. Wissensportale. Berlin 2014.
<http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/index.html>, 21.06.14.

Aktuelle Sozialpolitik (2014): Informationen, Analysen und Kommentare aus den Tiefen und Untiefen der Sozialpolitik. Seil, S.: Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015. Der föderale Berg kreißte und gebar ... eine Krankenhaus-Reform. 17.12.2014.
<http://aktuelle-sozialpolitik.blogspot.de/2014/12/17-krankenhausreform.html>, 27.12.14.

AQUA-Institut (2014): Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2013. Göttingen 2014.
http://www.sqg.de/downloads/QIDB/2013/AQUA_10n2_Indikatoren_2013.pdf, 19.07.14.

Arztbibliothek (2014): Ein Service der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer. Qualitätsindikatoren. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der KBV und der BÄK. Berlin 2014.
<http://www.arztbibliothek.de/themenschwerpunkt/qualitaetsindex/qualitaetsindikatoren>, 06.09.14.

BÄK (2013): Curriculum Ärztliches Peer Review 2013. Bundesärztekammer. Berlin 2013.
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrAerztlPeerReview2013.pdf>, 24.10.14.

Barbieri, J.S., Fuchs, B.D., Fishman, N., Crane Cutilli, C., Umscheid, C.A., Kean, C. et al. (2013): The Mortality Review Committee: A Novel and Scalable Approach to Reducing Inpatient Mortality. In: The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 39(9). http://image.jointcommission-email.org/lib/fe9515707360037c72/m/1/JC+Journal+01-Barbieri_387-395+small.pdf, 25.08.14.

BCG The Boston Consulting Group (2013): Qualitätswettbewerb. Chancen für Deutschlands Gesundheitssystem. Grosch, B., Ozegowski, S., Fischer, A., Schweizer, C., Wagner, A., Becker, M. Berlin 2013. <http://www.bcg.de/documents/file151485.pdf>, 24.10.14.

Berliner Schlaganfall-Allianz (2014): Konzept. Berlin 2014. <http://schlaganfallallianz.de/>, 21.06.14.

Berliner Schlaganfall-Allianz (2007): Berliner Schlaganfall-Register. Berlin 2007. http://schlaganfallallianz.de/fileadmin/Content/BSA_Profile_Ass_Mitglieder/BSR_Bild.pdf, 05.07.14.

Berliner Schlaganfall-Register (2014): Ärztekammer Berlin. Ärzte. Qualitätssicherung. QM-Maßnahmen. BSR. Berlin 2014. http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/40_Qualitaetssicherung/30_QM_Massnahmen_nach_Themen/30_BerlinerSchlaganfallregister/index.htm, 02.12.14.

Berliner Schlaganfall-Register (2014): Berliner Schlaganfall-Allianz. Konzept. Arbeitsbereiche. Berliner Schlaganfall-Register. Berlin 2014. <http://schlaganfallallianz.de/index.php?id=122>, 05.07.14.

BibliomedManager (2014): Editorial. Die Woche KW21 – bibliomedmanager.de. Wissensmanagement. Fachbibliothek. Redaktion BibliomedManager. Melsungen 2014. <https://www.bibliomedmanager.de/die-woche-kw21>, 15.07.14.

BibliomedManager (2014): Ökonomen fordern Monistik und Selektivverträge. Die Woche – bibliomedmanager.de. Wissensmanagement. Fachbibliothek. Redaktion BibliomedManager. Melsungen Nov. 2014. <https://www.bibliomedmanager.de/web/guest/die-woche/-/content/detail/8831051>, 28.11.14.

Blank, A. (2008): Asymmetrische Information zwischen Krankenhaus und Krankenkasse – eine Analyse anhand der Verweildauerstruktur im neuen Fallpauschalensystem.

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor rerum politicarum. Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Otto-von-Guericke-Universität. Magdeburg 2008.

<http://d-nb.info/994190840/34>, 24.10.14.

Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2012): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2012. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf 2012.

<http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus-barometer-2012.pdf>, 05.07.14.

Böhm, K., Nöthen, M. (2009): Krankheitskosten. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Heft 48. Hrsg: Robert Koch-Institut. Statistisches Bundesamt. Berlin 2009.

http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reUieQYzcD2Ho/PDF/28j97QXYMAz0k.pdf, 02.11.14.

Bonita, R. (1992): Epidemiology of Stroke. The Lancet 1992. Volume 339. Issue 8789. Pages 342-344. Auckland 1992.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1346420>, 02.11.14.

BQS-Institut (2012): Veit, C., Hertle, D., Bungard, S., Trümner, A., Ganske, V., Meyer-Hofmann, B. Institut für Qualität & Patientensicherheit. Gutachten zu Pay-For-Performance im Gesundheitswesen. Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Hamburg. Düsseldorf 2012.

<http://www.bqs-institut.de/bqs-institut.html>, 24.10.14.

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Qualitätsinstitut für ambulante und stationäre Behandlung. Krankenversicherung. Finanzierungs- und Qualitätsgesetz. Berlin 04.08.2014.

<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierungs-und-qualitaetsgesetz/qualitaetsinstitut.html>, 25.12.14.

Cameron, D. (2012). Study: Payment Model Lowers Medical Spending, Improves Care. Blue Cross Blue Shield Alternative Quality Contract provides a viable model for moving beyond fee-for-service. Harvard.edu/news. Cambridge. Massachusetts 2012.

<http://hms.harvard.edu/news/study-payment-model-lowers-medical-spending-improves-care-7-11-12>, 24.10.14.

Centers for Medicare and Medicaid Services (2015): Roadmap for Implementing Value Driven Healthcare in the Traditional Medicare Fee for Service Program. Baltimore 2015.

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/index.html?redirect=/QualityInitiativesGenInfo/>, 26.01.15.

CMS.gov. (2013): Accountable Care Organizations (ACO). Centers for Medicare & Medicaid Services. Baltimore 2013.

<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/>, 24.10.14.

CSB (2014): Centrum für Schlaganfallforschung Berlin. Über das CSB. Forschung im CSB. Berlin 2014.

<http://www.schlaganfallzentrum.de/index.php?id=4>, 21.05.14.

Davis, K. (2005): Toward a high performance health system: the Commonwealth Fund's new commission. Health Affairs 2005. 24 (5): 1356-1360. In: BQS-Institut (2012): Gutachten zu Pay-For-Performance im Gesundheitswesen. Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Hamburg. Düsseldorf 2012.

<http://www.bqs-institut.de/bqs-institut.html>, 19.06.14.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie DGN (2014): Kapitel Vaskuläre Erkrankungen. Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. Stand: September 2012. Federführend: Prof. Dr. Veltkamp, R., Heidelberg. Berlin 2014

http://www.dsg-info.de/images/stories/DSG/PDF/Leitlinien/LL_22_2012_akuttherapie_des_ischaemischen_schlaganfalls.pdf
24.10.14.

Deutsche Hochschulmedizin e.V. (2014): gesundheit adhoc. Mehr Reichweite im Gesundheitsmarkt. Hochschulambulanzregelungen im Versorgungsstärkungsgesetz: Eckpunkte zur Krankenhausreform sind bereits Makulatur. Berlin, 17.12.2014.

<http://www.gesundheit-adhoc.de/hochschulambulanzregelung-im-versorgungsstaerkungsgesetz-eckpunkte-zur-krankenhausreform-sind.html>, 25.12.14.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV), Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2002): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. InEK. Version 2.0. Greifswald, 31. Januar 2002.

http://www.rsf.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/lehrstuehle/flessa/GM4_kalkhb_v2.pdf, 02.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform: Erste Ergebnisse liegen vor. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin, 04.12.2014.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61103/Arbeitsgruppe-zur-Krankenhausreform-Erste-Ergebnisse-liegen-vor>, 27.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Bund und Länder legen Eckpunkte zur Krankenhausreform vor. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin 05.12.2014.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61133/Bund-und-Laender-legen-Eckpunkte-zur-Krankenhausreform-vor>, 27.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): GKV-Spitzenverband: Zügig mit qualitätsorientierter Vergütung beginnen. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin 17.10.2014.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60510/GKV-Spitzenverband-Zuegig-mit-qualitaetsorientierter-Verguetung-beginnen?s=Z%FCgig+mit+qualit%E4tsorientierter+Verg%FCtung+beginnen>, 27.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Hecken kündigt Pay for Performance an. 13. Januar 2014. Berlin 2014.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57195/Hecken-kuendigt-Pay-for-Performance-an>, 20.04.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Jonitz, G.: Die meisten finanziellen Anreize erschweren eine integrale Versorgung. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin 02.12.2014.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61071/Die-meisten-finanziellen-Anreize-erschweren-eine-integre-Versorgung?s=Die+meisten+finanziellen+Anreize+erschweren+eine+integre+Versorgung>, 27.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Krankenhäuser: Die Mittelknappheit schadet den Patienten. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin 04.12.2014.

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/161546?src=toc>, 27.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Krankenhausfinanzierung: TK sieht die Bundesregierung in der Pflicht. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin 03.12.2014.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61091/Krankenhausfinanzierung-TK-sieht-die-Bundesregierung-in-der-Pflicht?s=TK+sieht+die+Bundesregierung+in+der+Pflicht>, 27.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Laumann, K.-J.: Zwei Drittel der Krankenhäuser sind in ihrer Existenz gefährdet. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin 05.12.2014.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61122/Zwei-Drittel-der-niedersaechsischen-Krankenhaeuser-sind-in-ihrer-Existenz-gefaehrdet?s=zwei+drittel+der+nieders%E4chsischen+Krankenh%E4user+sind+in+ihrer+Existenz+gef%E4hrdet>, 05.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Neues Qualitätsinstitut: G-BA bringt Errichtung auf den Weg. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin 02.08.2014

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59839/Neues-Qualitaetsinstitut-G-BA-bringt-Errichtung-auf-den-Weg>, 27.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Rüter, G.: Klares Bekenntnis zur Transparenz und Verbesserungsbereitschaft. Ein Pro und Contra zu Pay for Performance. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin 08.10.2014

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60332/Ein-Pro-und-Contra-zu-Pay-for-Performance?s=Klares+Bekenntnis+zur+Transparenz+und+Verbesserungsbereitschaft>, 27.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Spahn, J.: Wir haben nicht den großen Wurf geschafft. Aerzteblatt.de. Politik. Berlin 12.12.2014.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61201/Spahn-Wir-haben-nicht-den-grossen-Wurf-geschafft?s=wir+haben+den+gro%DFen+Wurf+nicht+geschafft>, 27.12.14.

Deutsches Ärzteblatt (2008): Foerch, C., Misselwitz, B., Sitzer, M., Neumann-Haefelin, T. für die Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen (ASH). Die Schlaganfallzahlen bis zum Jahr 2050. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 105. Heft 26. 27. Juni 2008. Frankfurt am Main 2008.

<http://www.aerzteblatt.de/pdf/105/26/m467.pdf>, 20.11.14.

Diederichs, C., Mühlenbruch, K., Lincke, H.-O., Heuschmann, P. U., Ritter, M. A., Berger, K. (2011): Predictors of Dependency on Nursing Care After Stroke. Results From the Dortmund and Münster Stroke Registry. In: Deutsches Ärzteblatt International. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. Rockville Pike USA 9/2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3183302/>, 02.12.14.

EBM (1/2014): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 01. Quartal 2014. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin 2014. http://www.kbv.de/media/sp/Einheitlicher_Bewertungsma_stab_Stand_2014_1_Quartal.pdf, 02.12.14.

EBM (4/2014): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). In der Fassung mit Wirkung vom 01. Oktober 2014. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin 2014. http://www.kbv.de/html/arztgruppen_ebm.php, 02.12.14.

Evers, S. M., Struijs, J. N., Ament, A. J., van Genugten M. L., Jager, J. H., van den Bos G. A. (2004): International comparison of stroke cost studies. Stroke 2004. Volume 35(5). Pages 1209-15. Maastricht 2004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15073405>, 02.11.14.

Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (2009): Beske, F., Katalinic, A., Peters, E., Pritzkeleit, R. Morbiditätsprognose 2050. Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Kiel 2009. <http://www.gbv.de/dms/zbw/607692316.pdf>, 02.11.14.

G-BA (2014): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGBV über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement für nach §108 SGBV zugelassene Krankenhäuser: Umsetzung des §137 Abs. 1d Satz 1 SGBV. Gemeinsamer Bundesausschuss Berlin 2013. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2709/2014-01-23_KQM-RL_137-1d_TrG.pdf, 25.06.14.

G-DRG Browser, HA Version 2008 und 2014, Originaldatenbank zum G-DRG V2014 - Projektbericht. Download. 2013 InEK GmbH. <http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/4405>, 21.05.14.

Gesundes Kinzigtal (2013): Gemeinsame aktiv für Ihre Gesundheit, Homepage, Gesundes Kinzigtal GmbH, Haslach 2013.

<http://www.gesundes-kinzigtal.de/die-idee-von-gesundes-kinzigtal/philosophie-gesundes-kinzigtal.html>, 15.04.14.

Gesundheitsstadt Berlin e.V. (2015): das hauptstadtnetzwerk. Das Gesundheitsportal aus der Hauptstadt. Berlin 2015.

<http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/ueber-uns/>, 15.02.15.

Grote Westrick, M., Schwenk, U. (2010): Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen. Qualitätsindikatoren für Medizinische Versorgungszentren. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2010.

http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_27851_31959_2.pdf, 15.04.14.

Hankey, G. J. (2014): Secondary stroke prevention. The Lancet Neurology. Volume 13. No. 2. Page 178-194. London New York Beijing. Feb. 2014.

[http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(13\)70255-2/ppt](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(13)70255-2/ppt), 16.12.14.

Haufe (2014): Krankenkassen fordern eine weitreichende Krankenhausreform. Sozialwesen. Haufe Online Redaktion. Klinikreform 09.09.2014.

http://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/krankenkassen-fordern-eine-weitreichende-krankenhausreform_242_272374.html, 27.12.14.

Healthcare.Daily (2013): Bradford Pearson. Study: Private-Payer ACOs Good for Medicare. North Texas 2013.

<http://healthcare.dmagazine.com/2013/09/03/study-private-payer-acos-good-for-medicare/>, 15.07.14.

Heuschmann, U., Busse, O., Wagner, M., Endres, M., Villringer, A., Röther, J., Kolominsky-Rabas, P. L., Berger, K. (2010): Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. Frequency and Care of Stroke in Germany. Epidemiologie des Schlaganfalls. Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. Berlin 2010.

http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/fileadmin/download/news/heuschmann_zahlen_zum_schlaganfall10.2010.pdf, 02.11.14.

Heyder (2014): Renaissance der Stiftung. Ein klassisches Trägermodell in neuer Form kann öffentliche Krankenhäuser aus den Klauen der Politik befreien und nachhaltig machen – wie in Bamberg. Unikliniken. Nur 13 Prozent geht es wirtschaftlich gut. Kma Das Gesundheitswirtschaftsmagazin. Thieme Verlag. 19. Jg. März 2014. Stuttgart 2014. http://www.uniklinika.de/media/file/5103.kma_201403_Unikliniken_2.pdf, 15.04.14.

Holst, J. (2012): Zu kurze Liegezeiten können gefährlich werden. In: Forum Gesundheitspolitik: Internationaler Gesundheitssystem-Vergleich. Berlin 2013. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de>, 10.03.13.

Hültenschmidt, N., Eliades, G., Singh, K., Danke, I. (2011): Die Architektur des Gesundheitsmarkts 2020 und Folgen für Ärzte, Versicherer, Distributoren und Industrie. The end of Healthcare ... as we know it? BAIN & COMPANY. München. Frankfurt/Main. Düsseldorf. Zürich 2011. http://www.bain.de/Images/Bainbrief_end_of_healthcare.pdf, 15.07.14.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2014): Indikatoren 2014. <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/indikatoren/>, 21.05.14.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2014): Mit Routinedaten, Transparenz und Peer Review zu mehr Qualität in der Medizin. Startseite 2014. <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>, 21.05.14.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2014): Peer Review 2014. <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/peer-review/>, 21.05.14.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2014): Qualitätsergebnisse. Leseanleitung zu den IQM-Qualitätsindikatoren. 2014. <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media/assets/land/leseanleitung-zu-den-iqm-qualitaetsindikatoren-2014.pdf>, 21.05.14.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2014): Qualitätsergebnisse. Schlaganfall. 2014. <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/qualitaetsergebnisse/>, 21.05.14.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2014): Qualitätsmethodik. Indikatoren/ Transparenz/ Peer Reviews. 2014. <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/>, 21.05.14.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2014): Startseite. Wir über uns. 2014.

<http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/wir-uber-uns/>, 21.05.2014.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2014): Wissenschaftlicher Beirat. Fachkreise Wissenschaft. Berlin 2014.

<http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fachkreise/wissenschaftlicherbeirat/>, 05.07.14.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2014): Satzung des IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V. vom 11. Juni 2013. Berlin 2013.

http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media/media_files/2013/09/IQM_Satzung_11.06.2013.pdf, 05.07.14.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) (2012): Qualitätsverbesserung 2011 – Bundesreferenzwerte für alle Indikatoren. IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V. Berlin 2012.

<http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/news/ /neue-indikatoren-definitionsbandbuch-g-iqi-version.html>, 05.07.14.

IQM Initiative Qualitätsmanagement e.V. (2014): Downloads. Dokumente. Allgemeine Informationspräsentation. Berlin 2014.

http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media/media_files/2014/03/IQM_Praesentation_2014.pdf, 05.07.14.

InterSystems (2012): Die Rolle der Healthcare-IT in Accountable Care-Modellen. Für IT-Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Darmstadt Urdorf 2012.

<http://www.intersystems.de/healthshare/whitepapers/pdf/AccountableCare.pdf>, 15.07.14.

Keckley, P.H. , Hoffmann, M. (2010): Deloitte. Accountable Care Organizations: A new model for sustainable innovation. Produced by the Deloitte Center for Health Solutions. Washington 2010.

http://www.deloitte.com/view/en_US/us/industries/life-sciences/Center-for-Health-Solutions-Life-Sciences/research/bc087956da618210VgnVCM100000ba42f00aRCRD.htm, 15.06.14.

Kolominsky-Rabas, P. L., Heuschmann, P. U., Marschall, D., Emmert, M., Baltzer, N., Neundörfer, B., Schöffski, O., Krobot, K. J. (2006): Stroke. American Heart Association.

American Stroke Association. Lifetime Cost of Ischemic Stroke Registry: The Erlangen Stroke Project. Dallas 2006. <http://stroke.ahajournals.org/content/37/5/1179.full.pdf>, 02.11.14.

Kolominsky-Rabas, P. L., Heuschmann, P. U. (2002): Incidence, Etiology and Long-Term Prognosis of Stroke. Fortschr Neurol Psychiatr. 2002. 70 (12): 657-62. Abstract. Thieme Verlag. Stuttgart New York 2002.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12459947>, 02.11.14.

Kolominsky-Rabas, P. L., Sarti, C., Heuschmann, P. U. et al. (1998): A prospektive community-based study of stroke in Germany – the Erlangen Stroke Project (ESPro): incidence and case fatality at 1, 3, and 12 Months. Stroke. Abstract. Erlangen Nürnberg 1998.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9836758>, 02.11.14.

Kompetenznetz Schlaganfall (2014): Kompetenznetz Schlaganfall. Ziele. Berlin 2014.
<http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/16.0.html>, 21.05.14.

Lindig-Knopke, C. (2012): Kosten kardio- und zerebrovaskulärer Akutereignisse in Deutschland - Eine gesundheitsökonomische Analyse aus Perspektive der gesetzlichen Krankenkassen. Dissertation. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin 2012.
http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000011243/diss_lindig-knopke.pdf;jsessionid=1257D7F81B3CAEF85FA67426C15A3350?hosts=, 02.11.14.

Lundström, E., Smits, A., Borg, J., Terént, A. (2010): Four-Fold Increase in Direct Costs of Stroke Survivors With Spasticity Compared With Stroke Survivors Without Spasticity. The First Year After the Event. Original Contributions. In: Stroke. stroke.ahajournals.org. American Heart Association 2010.
<http://stroke.ahajournals.org/content/41/2/319.long>, 02.12.14.

Mackay, J., Mensah, G. (2004): The Atlas of Heart Disease and Stroke. World Health Organization. Geneva 2004.
<http://apps.who.int/bookorders/MDIbookPDF/Book/11500601.pdf>, 02.11.14.

Mansky, T., Nimptsch, U., Winklmaier, C., Hellerhoff, F. (2013): G-IQI: German Inpatient Quality Indicators. Version 4.0. – Band 3: Erläuterungen und Definitionshandbuch für das Datenjahr 2013. 3 Bände. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin. Berlin 2013.

<http://opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/frontdoor/index/docId/4279>, 26.06.14.

Mattke, S., Kelley, E., Scherer, P. et al. (2006): The OECD Health Care Quality Indicators Project Initial indicators Report, OECD Health Working Papers No. 22. Paris 2006.

<http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>, 28.08.14. In: Drösler, S., Scheidt-Nave, C.: Indikatoren zur Messung von Qualität in der Gesundheitsversorgung: das Beispiel OECD. Köln 2010.

Mehrotra, A., Damberg, CL., Sorbero, ME., Teleki, SS. (2009): Pay for performance in the hospital setting: what is the state of the evidence? Am J Med Qual 2009. 24 (1): 19-28. In: BQS-Institut (2012): Gutachten zu Pay-For-Performance im Gesundheitswesen.

Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Hamburg. Düsseldorf 2012.

<http://www.bqs-institut.de/bqs-institut.html>, 15.06.14.

National Health Service (2015): 2014/2015 General Medical Services (GMS). Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS Contract 2014/2015. Department of Health 2015.

http://www.hscic.gov.uk/media/14019/QOF-Guidance-GMS-Contract-2014-15/pdf/QOF_guidance_GMS_contract_2014_15.pdf, 30.01.15.

Neumann, K., Gierling, P., Peters, B., Dietzel, J. (2013): Konsequenzen aus der Qualitätsmessung im Krankenhaus. Vorschläge auf Basis internationaler Beispiele. Studie für den Verband der Ersatzkassen (vdek). IGES Institut GmbH. Berlin 2013.

http://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/Qualitaetsicherung/iges_studie_qualitaetsmessungim_krankenhaus.html, 15.04.14.

Neuro Cure (2011): Neue Perspektiven in der Therapie neurologischer Erkrankungen. Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG. Charité. Berlin 2011.

<http://www.neurocure.de/deutsch/einfuehrung.htm>, 16.12.13.

Nimptsch, U., Mansky, T. (2013): Quality Measurement Combined With Peer Review Improved German In-Hospital Mortality Rates For Four Diseases. In: Health Affairs 32 (9). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24019367>, 26.08.14.

PDCA-Zyklus, QM-Wissen.de, Qualitätsmanagement im Netz (2010).

<http://www.qm-wissen.de/wissen/qm-lexikon/pdca-zyklus.php>, 07.02.14.

Pressemitteilung Charité vom 18.06.2013: Berliner Institut für Gesundheitsforschung eröffnet. Übertragung von Forschungsergebnissen in die Klinik stärken. Berlin 2013.

http://www.charite.de/charite/presse/pressemitteilungen/artikel/detail/berliner_institut_fuer_gesundheitsforschung_eroeffnet/, 23.05.14.

Projekt StrokeNet Charité (2008): Centrum für Schlaganfall-Forschung Berlin (CSB).

Berlin 21.03.08. http://www.strokenet.de/partner_charite.htm, 15.04.14.

Qian Jia, Xingquan Zhao, Chunxue Wang, Yilong Wang et al. (2011): Diabetes and Poor Outcomes Within 6 Months After Acute Ischemic Stroke. The China National Stroke Registry. Original Contributions. Clinical Sciences. In: Stroke. stroke.ahajournals.org. American Heart Association 2011.

<http://stroke.ahajournals.org/content/42/10/2758.long>, 02.12.14.

QSR-Klinikbericht (2012): Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) – Klinikbericht über Ergebniskennzahlen. Berichtsjahr 2010 mit Nachbeobachtung 2011.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) im AOK-Bundesverband GbR. Berlin 2012.

http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media/media_files/2013/03/QSR-Klinikbericht_Musterkrankenhaus.Gesamt.pdf, 10.06.14

Qualitätsmanagement Bethlehem-Gesundheitszentrum (2007): Krankenhaus Stolberg/Rhld., Umsetzung eines zentralen Bettenmanagements. Stolberg 2007.

http://www.bethlehem.de/daten_bethlehem/qm/Projektmonographie-Internet.pdf, 07.06.14.

Quality Measurement & Health Assessment Group (2011): Accountable Care Organization 2012 Program Analysis. Quality Performance Standards. Narrative Measure Specifications. Final Report. Baltimore. Waltham. West Des Moines 2012.

http://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/sharedsavingsprogram/downloads/aco_qualitymeasures.pdf, 22.08.14.

Quinth-Qualitätsindikatorenthesaurus (2013): Der Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV-Spitzenverbandes. Berlin 2013.

<http://quinth.gkv-spitzenverband.de/content/index.php>, 10.07.14.

Rossnagel, K., Nolte, C. H., Müller-Nordhorn, J., et al. (2005): Medical resource use and costs of health care after acute stroke in Germany. Eur J Neurol. 2005. Volume 12(11). Pages 862-868. Berlin 2005.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16241975>, 02.11.14.

Satzung der IQM (2013): Satzung der IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V. Berlin 2013.

http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media/media_files/2013/09/IQM_Satzung_11.06.2013.pdf, 05.07.14.

Schmedders, M. (2014): Qualitätssicherung und Krankenhausfinanzierung. GKV Spitzenverband. Anspruch und Wirklichkeit der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Symposium des BDI. 37. Deutscher Krankenhaustag. Düsseldorf 2014.

http://deutscher-krankenhaustag.de/de/vortraege/pdf2/Schmedders_Endb.pdf, 10.12.14.

Schneider M., Hofmann, U., Köse, A. Krauss, T. (2007): OMK Gesundheit – Wo steht Deutschland? Indikatoren der OMK im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege. BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH. Augsburg 2007.

<http://www.basys.de/aktuelles/omk.php>, 28.08.14.

Schrappe, M. (2015): Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2015.

[http://www.gesundheitsstadt-](http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schrappe_Qualitaet_2030_165x240_Download.pdf)

[berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schrappe_Qualitaet_2030_165x240_Download.pdf](http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schrappe_Qualitaet_2030_165x240_Download.pdf), 26.01.15.

Schrappe, M. (2014): Hoher Standard zahlt sich aus. Gesundheitsstadt Berlin. das hauptstadtnetzwerk. Das Gesundheitsportal aus der Hauptstadt. Berlin 20.11.2014.

<http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/hoher-standard-zahlt-sich-aus-5085/>, 23.01.15.

Schrappe, M. (2014/I): Qualität 2030 – Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Health reminder. Gesundheitsstadt Berlin. Berlin 2014.
<http://www.healthreminder.de/news/qualitaet-2030-2013-die-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen>, 10.12.14.

Seeger, D.G. (2013): Qualitätsorientierte Anreiz- und Vergütungssysteme in der stationären Versorgung. Entwicklung und Anwendung eines Kriterienkatalogs. Dissertation. Fakultät VII. Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Berlin 2013.
https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/Dissertation_Doerte_Seeger.pdf, 20.04.14.

Silber, S. (2006): Argumente für die Integrierte Versorgung als Regelversorgung in der Kardiologie. Clin Res Cardiol 95 (S2): ii37.doi:10.1007/s00392-006-1212-y.
<http://www.sigmund-silber.com/Archiv/publ/2006/06-Silber-Integrierte-Versorgung.pdf>, 02.12.14.

Stadler, J., Waller, T. (2011): Accountable Care Organizations als Neuerung im US-Gesundheitssystem. Monitor Versorgungsforschung Deutschland. Das Portal zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung. OA MVF 06/11. Bonn 2011.
<http://www.monitor-versorgungsforschung.de/kurzfassungen/OpenAccess-2011/oa-mvf-06-11-accountable-care-organizations-als-neuerung-im-us-gesundheitssystem>, 15.07.14.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2011): Gesundheit. Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Fachserie 12. Reihe 6.2.1. 2008. Wiesbaden 2013.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenh aus2120621117004.pdf?__blob=publicationFile, 02.11.14.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2010): Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12. Reihe 4. 2009. Wiesbaden 2010.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400097004?__blob=publicationFile, 02.11.14.

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (2014): Kinder und Schlaganfall. Wenn Kinder der Schlag trifft. Berlin 2014.
<http://www.schlaganfall-hilfe.de/kindlicher-schlaganfall>, 25.10.14.

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe – Kompetenznetz Schlaganfall (2014):
Kompetenznetz Schlaganfall. Patienteninformation. Informationen. Berlin 2014.
<http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/51.0.html>, 25.10.14.

StrokeNet (2014): Telemedizinzentrum Charité – Universitätsmedizin Berlin: StrokeNet.
Forschung. Projekte. StrokeNet. Berlin 2014.
<http://tmcc.charite.de/forschung/projekte/stroketnet/>, 24.10.14.

Süddeutsche.de (2014): Kassen kritisieren die Krankenhausreform. Krankenhausreform:
Kassen reichen die Pläne nicht – Wirtschaft. Umbau im Gesundheitswesen. 25.12.2014.
<http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/umbau-im-gesundheitswesen-kassen-kritisieren-die-krankenhausreform-1.2266618>, 27.12.14.

Suenkeler, I. H., Nowak, M., Misselwitz, B. et al. (2002): Timecourse of health-related
quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological
deficit, disability and depression. J Neurol. 2002. Volume 249(9). Pages 1160-1167.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12242533>, 02.11.14.

Tuckman, B. W. (2005): Bruce w. Tuckman – forming, storming, norming and performing
in groups. Smith, M. K. (Hrsg.): infed.org. VMCA georg williams college. YOUTH &
POLICY. Memset Dedicated Servers 2005.
<http://infed.org/mobi/bruce-w-tuckman-forming-storming-norming-and-performing-in-groups/>, 04.01.15.

VDMA (1997): Fit für den globalen Markt? Leitfaden für das Qualitätsmanagement und
Projektmanagement - Lösungsansätze, Umsetzungsbeispiele, Methoden. Gekürzt und
modifiziert. Frankfurt 1997. <http://www.ibim.de/techniken/4-1.htm>, 03.01.15.

Verband der Universitätsklinika Deutschlands (2013): Qualität Leben. Zahlen und Fakten
zu grundlegenden Therapien und Heilverfahren der Universitätsklinika im Vergleich zu
den Fallzahlen anderer medizinischer Einrichtungen. Forschen. Lehren. Heilen. 5. Auflage.
Berlin 2013.
http://qualitaetsmanagement.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/sonstige/qualitaetsmanagement/Broschuere_Qualität_Leben_5_Auflage.pdf, 10.06.14.

Warlow, C., Sudlow, C., Dennis, M., Wardlaw, J., Sandercock, P. (2003): Stroke. The Lancet 2003. Volume 362. Issue 9391. Pages 1211-1224. Edinburgh 2003.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)14544-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)14544-8/abstract), 02.11.14.

World Health Organization (2008): The Global Burden of Disease: 2004 Update. Part 1: Introduction. Overview of the Global Burden of Disease. Study.

Part 4: Burden of Disease: DALYs.

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf, 02.11.14.

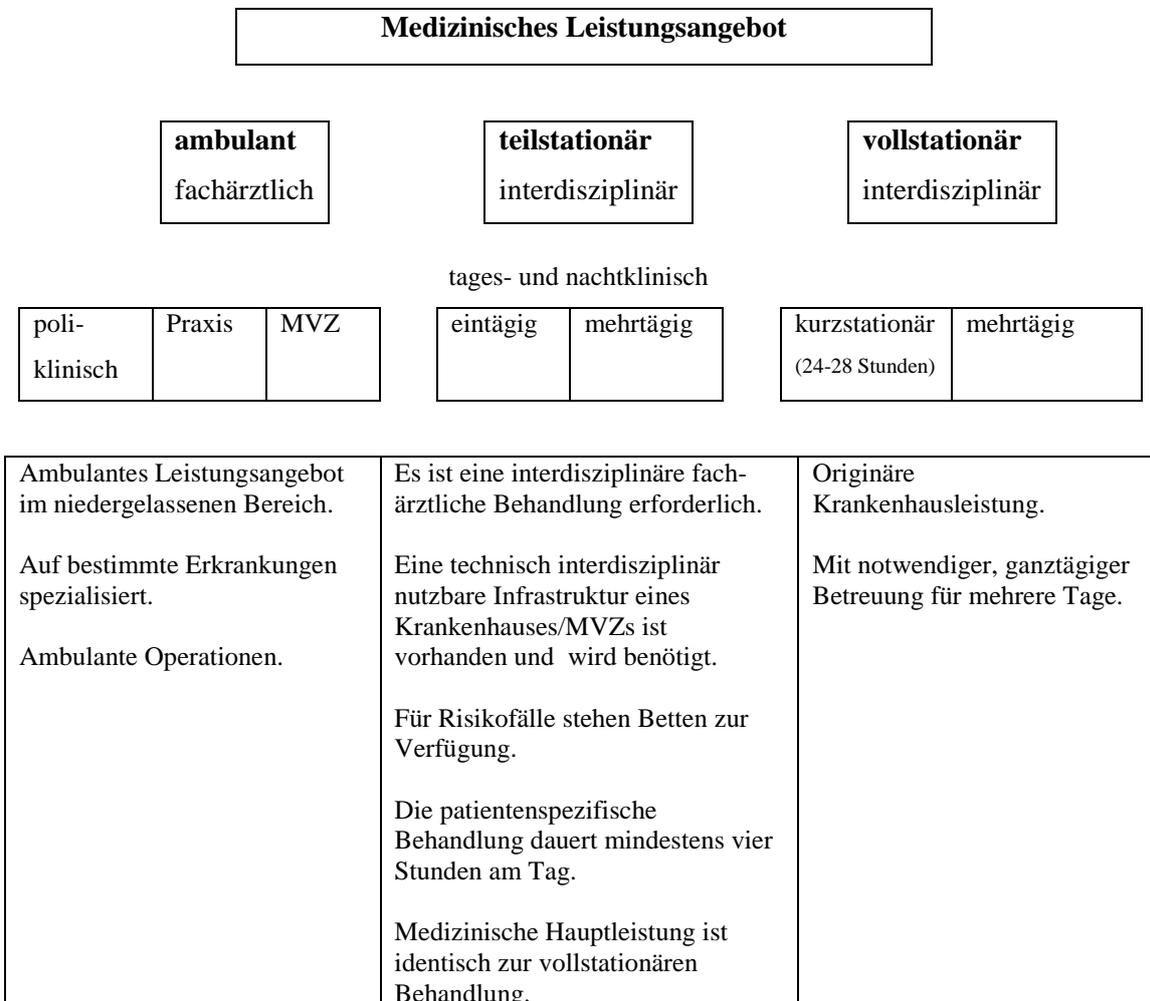
Zorowitz, R.D., Gillard, P.J., Brainin, M. (2013): Poststroke spasticity: sequelae and burden on stroke survivors and caregivers. In: Pubmed Neurology. PubMedgov. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. Rockville Pike 1/2013.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23319485>, 02.12.14.

Anhang

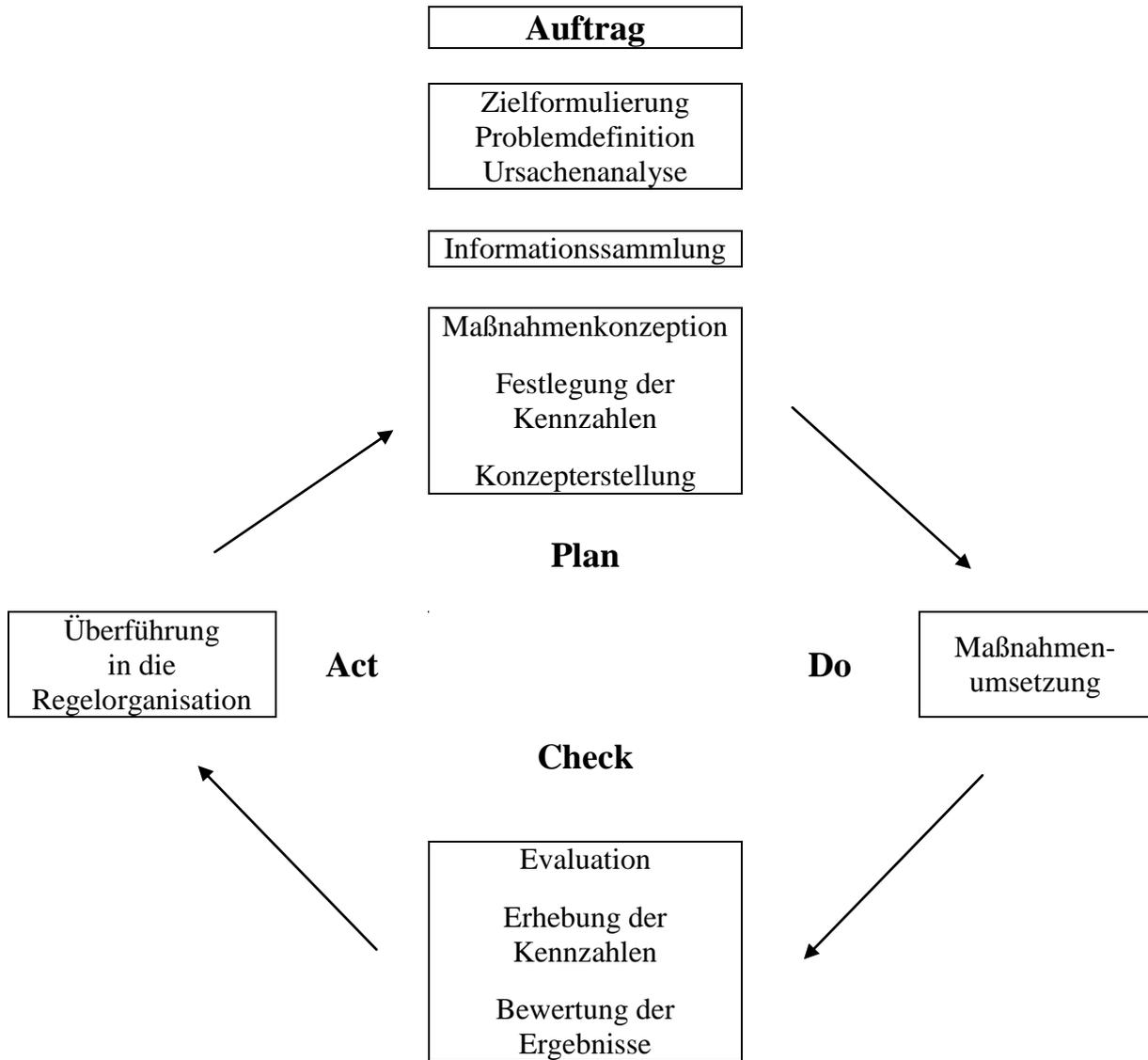
- Anh. 1 Abgrenzung der Leistungen ambulant, teilstationär und vollstationär
- Anh. 2 PDCA-Zyklus
- Anh. 3 OPS 8-981.- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
- Anh. 4 Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall
- Anh. 5 Analysekriterien Peer-Review-Verfahren
- Anh. 6 Vergleich von Six Sigma und der IQM-Methodik
- Anh. 7 Qualitätsparameter des Medicare Shared Savings Programms
(der US-amerikanischen öffentlichen Krankenversicherung Medicare)
- Anh. 8 Die Kosten für Patienten mit Schlaganfall mit Spastik und ohne Spastik im weltweiten Vergleich, erstes Jahr nach akutem Schlaganfall

Anh. 1: Abgrenzung der Leistungen ambulant, teilstationär und vollstationär



Quelle: Neubauer, Beivers 2008, zitiert in: Beivars, Minartz 2010, S. 230.

Anh. 2: PDCA-Zyklus



Quelle: Qualitätsmanagement, Bethlehem-Gesundheitszentrum Stolberg 2007, S. 2.

P-Plan: In der Planungsphase werden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung entwickelt.

D-Do: Die geplanten Maßnahmen werden im gesamten Unternehmen umgesetzt.

C-Check: Die Maßnahmen werden hinsichtlich ihrer Zielwirksamkeit kontrolliert und bewertet.

A-Act: Auf Grundlage des Check-Ergebnisses werden eventuelle Korrekturmaßnahmen eingeleitet.³⁵

Quelle: PDCA-Zyklus, QM-Wissen.de, Qualitätsmanagement im Netz 2010.

Anh. 3:

OPS 8-981.- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Hinweis: Mindestmerkmale

Bei einer Behandlung auf einer spezialisierten Einheit (der Stroke Unit) durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team müssen nachfolgende Punkte zwingend berücksichtigt beziehungsweise deren Verfügbarkeit und Umsetzung gewährleistet werden. Die fachliche Behandlungsleitung muss durch einen Facharzt für Neurologie gegeben sein.

- 24- stündige ärztliche Anwesenheit. Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12- stündige ärztliche Anwesenheit gefordert (der Arzt kann ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein), bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialstation entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialstation noch weitere neurologische Patienten versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht.
- 24- Stunden- Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potenziale,
- 6- stündliche (außer nachts) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen,
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie des Kopfes, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme,
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchungsverfahren inklusive der transkraniellen Doppelsonographie,
- ätiologische Diagnostik und Differentialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum,
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie,
- kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls,
- unmittelbarer Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie oder Logopädie mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genanntem Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits,
- unmittelbarer Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (jeweils eigene Abteilung im Hause oder Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung, unabhängig vom Transportmittel).

8-981.0 Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden

8-981.1 Mehr als 72 Stunden

Quelle: OPS 2014, Systematisches Verzeichnis, Version 2014.

Anh. 4: Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall

IQM - Zielwert Quelle	IQM - Durchschnittswert Fallzahl		IQM - Erwartungswert SMR 2013
	2012	2013	

Schlaganfall				
Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall				
Alle Formen des Schlaganfalls Alle Patienten > 19 Jahre	< Erwartungswert 1	9,3% 4.838 von 52.284	9,2% 4.836 von 52.519	8,9% 1,03
Alter 20 - 44 Jahre	< Erwartungswert	4,3% 83 von 1.940	4,1% 75 von 1.839	4,0%
Alter 45 - 64 Jahre	< Erwartungswert	4,9% 562 von 11.441	4,5% 530 von 11.726	4,5%
Alter 65 - 84 Jahre	< Erwartungswert	9,0% 2.677 von 29.680	9,1% 2.682 von 29.587	8,6%
Alter > 84 Jahre	< Erwartungswert	16,4% 1.516 von 9.223	16,5% 1.549 von 9.367	16,5%
Anteil Schlaganfallpatienten mit Behandlung in der Stroke Unit	Information	57,9% 30.276 von 52.284	61,0% 32.057 von 52.519	
Todesfälle bei Hauptdiagnose Hirninfrakt				
<p>G-IQI 4.0 Stand: 30.04.2014</p> <p>Quellen: Die Referenzwerte bzw. Zielwerte leiten sich aus folgenden Quellen ab: 1: Statistisches Bundesamt, tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2011 als Berechnungsgrundlage für die klinikindividuellen Erwartungswerte. 2: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2011. Eigene Berechnungen. 3: Quelle 1 und Quelle 2.</p> <p>Der Erwartungswert beinhaltet die erwartete Sterblichkeit unserer Patienten aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsverteilung und ist nur bei den Indikatoren angegeben, bei denen Vergleichszahlen des Bundesdurchschnitts die Berechnung erlauben.</p> <p>Die SMR (standardized mortality ratio) ist der Quotient aus beobachteter Sterblichkeit (Durchschnittswert) und dem Erwartungswert.</p>				

Quelle: Initiative Qualitätsmedizin (IQM) 2014: Bsp. Qualitätsergebnisse Schlaganfall, 2014.

Anh. 5: Analysekriterien Peer-Review-Verfahren

Diagnostik adäquat und zeitgerecht?

- präoperativ?
- postoperativ?

Behandlung adäquat und zeitgerecht?

- intraoperativ (S/N)?
- postoperativ?

Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?

Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie inhaltlich angemessen?

Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie rechtzeitig?

War das Komplikationsmanagement medizinisch korrekt?

- inhaltlich logisch?
- zeitlicher Verlauf?

Wurden allgemeine Behandlungsleitlinien berücksichtigt?

Wurden interne Standards angewendet?

War die Dokumentation umfassend und schlüssig?

- Aufklärung zur OP/Intervention?
- Behandlungsverlauf?
- Therapieentscheidung?
- OP-Bericht und Verlegungsbericht?
- Arztbrief inhaltlich logisch?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?

- präoperativ?
- postoperativ?

Kontrollen der Behandlungsverläufe durch Chefarzt/Oberarzt erfolgt und dokumentiert?

War die Kommunikation innerhalb der Abteilung umfassend?

- Übergabebesprechung?
- Übertragen von konkreten Aufgaben?

War die Kommunikation mit der Pflege umfassend?

- Anordnungen zeitnah durchgeführt?
- Auf Anforderungen der Pflege zeitnah reagiert?

Wurden Angehörige zeitnah informiert?

Quelle: Völzke 2014, Anhang S. VI.

Anh. 6: Vergleich von Six Sigma und der IQM-Methodik

Häufigkeiten von Schädigungen infolge medizinischer Behandlung in einer US-Krankenhausstichprobe von 2002-2007

NCC MERP Kategorie	Anteil der Fälle insgesamt	Anteil der vermeidbaren Fälle	Anzahl vermeidbarer Fälle pro 1 Mio. Fehlermöglichkeiten n	Sigma-Niveau der vermeidbaren Fälle
Schädigungen insgesamt	25,1 %	15,5 %	155.000	2,5 σ
Vorübergehende Schädigung mit Interventionsbedarf (E)	10,5 %	6,2 %	62.000	3 σ
Vorübergehende Schädigung mit Hospitalisierungsbedarf bzw. verlängertem Krankenhausaufenthalt (F)	10,7 %	7,0 %	70.000	3 σ
Bleibende Schädigung (G)	0,7 %	0,6 %	6.000	4 σ
Lebensgefährliche Schädigung (H)	2,1 %	1,5 %	15.000	3,7 σ
Schädigung verursacht Tod oder trägt zu tödlichem Ausgang bei (I)	0,6 %	0,4 %	4.000	4,2 σ

Quelle: Völzke 2014, S. 69, nach Landrigan et al. 2010, S. 2127ff.

Anh. 7: Abbildung 1-3, Qualitätsparameter des Medicare Shared Savings Programms
 Quelle: Quality Measurement & Health Assessment Group 2011, S. 4-6.

Table 1. Measures for Use in Establishing Quality Performance Standards that ACOs Must Meet for Shared Savings

ACO #	Domain	Measure Title	NQF Measure #/ Measure Steward	Method of Data Submission	P4P Phase-in PY1	P4P Phase-in PY2	P4P Phase-in PY3
AIM: Better Care for Individuals							
1.	Patient/Caregiver Experience	CAHPS: Getting Timely Care, Appointments, and Information	NQF #5, AHRQ	Survey	R	P	P
2.	Patient/Caregiver Experience	CAHPS: How Well Your Doctors Communicate	NQF #5 AHRQ	Survey	R	P	P
3.	Patient/Caregiver Experience	CAHPS: Patients' Rating of Doctor	NQF #5 AHRQ	Survey	R	P	P
4.	Patient/Caregiver Experience	CAHPS: Access to Specialists	NQF #5 AHRQ	Survey	R	P	P
5.	Patient/Caregiver Experience	CAHPS: Health Promotion and Education	NQF #5 AHRQ	Survey	R	P	P
6.	Patient/Caregiver Experience	CAHPS: Shared Decision Making	NQF #5 AHRQ	Survey	R	P	P
7.	Patient/Caregiver Experience	CAHPS: Health Status/Functional Status	NQF #6 AHRQ	Survey	R	R	R
8.	Care Coordination/ Patient Safety	Risk-Standardized, All Condition Readmission ¹ Ambulatory Sensitive Conditions Admissions: Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Asthma in Older Adults (AHRQ Prevention Quality Indicator (PQI) #5)	CMS	Claims	R	R	P
9.	Care Coordination/ Patient Safety	Ambulatory Sensitive Conditions Admissions: Congestive Heart Failure (AHRQ Prevention Quality Indicator (PQI) #8)	NQF #275 AHRQ	Claims	R	P	P
10.	Care Coordination/ Patient Safety		NQF #277 AHRQ	Claims	R	P	P
11.	Care Coordination/ Patient Safety	Percent of Primary Care Physicians who Successfully Quality for an EHR Program Incentive Payment	CMS	EHR Incentive Program Reporting	R	P	P

(continued)

¹ We note that this measure has been under development and that finalization of this measure is contingent upon the availability of measures specifications before the establishment of the Shared Savings Program on January 1, 2012.

Table 1. Measures for Use in Establishing Quality Performance Standards that ACOs Must Meet for Shared Savings (cont.)

ACO #	Domain	Measure Title	NQF Measure # Measure Steward	Method of Data Submission	P4P Phase-in PY1	P4P Phase-in PY2	P4P Phase-in PY3
12.	Care Coordination/ Patient Safety	Medication Reconciliation: Reconciliation After Discharge from an Inpatient Facility	NQF #97 AMA- PCPI/NCQA	GPRO Web Interface	R	P	P
13.	Care Coordination/ Patient Safety	Falls: Screening for Fall Risk	NQF #101 NCQA	GPRO Web Interface	R	P	P
AIM: Better Health for Populations							
14.	Preventive Health	Influenza Immunization	NQF #41 AMA-PCPI	GPRO Web Interface	R	P	P
15.	Preventive Health	Pneumococcal Vaccination	NQF #43 NCQA	GPRO Web Interface	R	P	P
16.	Preventive Health	Adult Weight Screening and Follow-up	NQF #421 CMS	GPRO Web Interface	R	P	P
17.	Preventive Health	Tobacco Use Assessment and Tobacco Cessation Intervention	NQF #28 AMA-PCPI	GPRO Web Interface	R	P	P
18.	Preventive Health	Depression Screening	NQF #418 CMS	GPRO Web Interface	R	P	P
19.	Preventive Health	Colorectal Cancer Screening	NQF #34 NCQA	GPRO Web Interface	R	R	P
20.	Preventive Health	Mammography Screening	NQF #31 NCQA	GPRO Web Interface	R	R	P
21.	Preventive Health	Screening for High Blood Pressure	CMS	GPRO Web Interface	R	R	P
22.	At Risk Population - Diabetes	Diabetes Composite (All or Nothing Scoring): Hemoglobin A1c Control (<8 percent)	NQF #729 MN Community Measurement	GPRO Web Interface	R	P	P
23.	At Risk Population - Diabetes	Diabetes Composite (All or Nothing Scoring): Low Density Lipoprotein (<100)	NQF #729 MN Community Measurement	GPRO Web Interface	R	P	P
24.	At Risk Population - Diabetes	Diabetes Composite (All or Nothing Scoring): Blood Pressure <140/90	NQF #729 MN Community Measurement	GPRO Web Interface	R	P	P

(continued)

Table 1. Measures for Use in Establishing Quality Performance Standards that ACOs Must Meet for Shared Savings (cont.)

ACO #	Domain	Measure Title	NQF Measure #/ Measure Steward	Method of Data Submission	P4P Phase-in PY1	P4P Phase-in PY2	P4P Phase-in PY3
25.	At Risk Population – Diabetes	Diabetes Composite (All or Nothing Scoring): Tobacco Non Use	NQF #729 MN Community Measurement	GPRO Web Interface	R	P	P
26.	At Risk Population - Diabetes	Diabetes Composite (All or Nothing Scoring): Aspirin Use	NQF #729 MN Community Measurement	GPRO Web Interface	R	P	P
27.	At Risk Population - Diabetes	Diabetes Mellitus: Hemoglobin A1c Poor Control (>9 percent)	NQF #59 NCQA	GPRO Web Interface	R	P	P
28.	At Risk Population - Hypertension	Hypertension (HTN): Controlling High Blood Pressure	NQF #18 NCQA	GPRO Web Interface	R	P	P
29.	At Risk Population – Ischemic Vascular Disease	Ischemic Vascular Disease (IVD): Complete Lipid Panel and LDL Control (<100 mg/dL)	NQF #75 NCQA	GPRO Web Interface	R	P	P
30.	At Risk Population – Ischemic Vascular Disease	Ischemic Vascular Disease (IVD): Use of Aspirin or Another Antithrombotic	NQF #68 NCQA	GPRO Web Interface	R	P	P
31.	At Risk Population - Heart Failure	Heart Failure: Beta-Blocker Therapy for Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVSD)	NQF #83 AMA-PCPI	GPRO Web Interface	R	R	P
32.	At Risk Population – Coronary Artery Disease	Coronary Artery Disease (CAD) Composite: All or Nothing Scoring: Drug Therapy for Lowering LDL-Cholesterol	NQF #74 CMS (composite) / AMA-PCPI (individual component)	GPRO Web Interface	R	R	P
33.	At Risk Population – Coronary Artery Disease	Coronary Artery Disease (CAD) Composite: All or Nothing Scoring: Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker (ARB) Therapy for Patients with CAD and Diabetes and/or Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVSD)	NQF # 66 CMS (composite) / AMA-PCPI (individual component)	GPRO Web Interface	R	R	P

NOTE: ACO = accountable care organization; NQF = National Quality Forum; P4P = pay for performance; P = performance; R = reporting

Anh.8: Die Kosten für Patienten mit Schlaganfall mit Spastik und ohne Spastik im weltweiten Vergleich, erstes Jahr nach akutem Schlaganfall

Land	Währung umgerechnet PPP ³⁶ im Jahr 2003 nach OECD	Kosten für die Patienten mit Schlaganfall mit Spastik	Kosten für andere Patienten mit Schlaganfall ohne Spastik
Schweden	SEK	785 995	203 904
USA	USD	84 195	21 842
Australien	AUD	113 824	29 528
Österreich	EUR	74 480	19 322
Belgien	EUR	73 969	19 189
Kanada	CAD	103 215	26 776
Tschechische Republik	CZK	1181 631	306 541
Dänemark	DKK	718 759	186 462
Finnland	EUR	85 081	22 072
Frankreich	EUR	78 960	20 484
Deutschland	EUR	77 249	20 040
Griechenland	EUR	57 987	15 043
Ungarn	HUF	10 147 043	2632 362
Island	ISK	7955 222	2063 756
Irland	EUR	85 385	22 151
Italien	EUR	71 889	18 650
Japan	JPY	11 760 466	3050 919
Korea	KWD	66 991 429	17 379 022
Luxemburg	EUR	79 300	20 572
Mexiko	MXN	574 045	148 920
Niederlande	EUR	78 044	20 246
Neuseeland	NZD	126 354	32 779
Norwegen	NOK	767 205	199 030
Polen	PLN	155 010	40 213
Portugal	EUR	59 443	15 421
Spanien	EUR	63 384	16 443
Schweiz	CHF	149 545	38 795
Türkei	TRL	65 112	16 891
Großbritannien	GBP	53 957	13 998

Quelle: OECD, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung,

in: Lundström et al. 2010.

³⁶ PPPs sind die Wechselkurse für einen bestimmten Warenkorb von Gütern und Dienstleistungen. Sie stellen keine Währung dar, sondern versuchen als Wirtschaftsmodell die Kaufkraft verschiedener Währungen auszugleichen.

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Promotions-Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Berlin, den 16.08.2015